

**MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE
NO ÂMBITO DA INFEÇÃO HOSPITALAR -
PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Patrícia Margarida Ferreira Pinto

Porto | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica

**MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE
NO ÂMBITO DA INFEÇÃO HOSPITALAR -
PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio para candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Médico - Cirúrgica submetido à Escola Superior de Enfermagem do Porto sob orientação da Professora Doutora Olga Fernandes

Patrícia Margarida Ferreira Pinto

Porto | 2012

AGRADECIMENTOS

À Equipa da Comissão de Controlo de Infecção da Unidade Local de Saúde de Matosinhos pela forma como me receberam no serviço, pela disponibilidade, colaboração e compreensão, em especial aos enfermeiros Fernanda Vieira e Ilda Devesa;

À Sr.^a Enfermeira Fernanda Vieira, no papel de tutora do estágio, pela sua intervenção assertiva e amiga, e pela presença assídua na orientação deste estágio, minimização das dificuldades e angústias sentidas, próprias a este processo de crescimento;

À Professora Doutora Olga Fernandes pela experiência e conhecimento transmitidos e por acreditar que este trabalho era possível;

A todos os meus amigos pelo carinho, compreensão e pela força transmitida nos momentos difíceis;

Aos meus sogros pelo apoio fundamental para atingir esta meta;

Ao meu irmão e restante família pela recarga energética que me transmitem;

Aos meus pais por todo o amor e dedicação incondicional ao longo de toda a minha vida;

Ao meu marido por me apoiar, me incentivar nas minhas decisões, suportar os períodos de ausência e pelo amor dedicado;

Ao meu querido filho por me transmitir, através de um simples olhar, a tranquilidade, a força, a serenidade e a paz para seguir cada caminhada...

A todos o meu muito obrigada!

SIGLAS

ABMR- *Acinetobacter baumannii* multirresistente
AESOP- Association of Operating Room Nurses)
CCI - Comissão Controlo Infeção
CDC - *Centers for Disease Control*
CIH - Controlo de Infeção Hospitalar
DGS - Direção Geral de Saúde
EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI- Equipamento de Proteção Individual
GGR - Grupo de Gestão dos Resíduos
HPH - Hospital Pedro Hispano
IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
IN - Infeção Nosocomial
MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
MRSA - *Staphylococcus aureus* meticilina resistente
NNIS - National Nosocomial Infections Surveillance
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNCI - Programa Nacional de Controlo de Infeção
SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade
ULSM - Unidade Local de Saúde Matosinhos
VE - Vigilância Epidemiológica

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	12
1 PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	17
1.1 - CRIAÇÃO DAS COMISSÕES DE CONTROLO DE INFECÇÃO - HISTORIAL.....	21
1.2 - AS COMISSÕES DE CONTROLO DE INFECÇÃO - FUNÇÕES	22
1.3 - INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE - CONCEITOS	23
1.4 - MEDIDAS PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA CLÍNICA DO DOENTE E DO PROFISSIONAL.....	28
2 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/ DESENVOLVIDAS.....	31
3 DAS CONCLUSÕES E DAS SUGESTÕES	80
3.1- PROPOSTA PARA A MELHORIA DA PRÁTICA CLÍNICA.....	84
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
BIBLIOGRAFIA.....	98
ANEXOS.....	105
ANEXO I - Horário realizado no estágio.....	106
ANEXO II - Organigrama da CCI.....	117
ANEXO III - Formação frequentada ao longo do estágio	119
ANEXO IV - Check-List - Higienização das mãos.....	123
ANEXO V- Check-List- Uso adequado de EPI.....	125
ANEXO VI - Sequência correta para colocar e remover EPI.....	127

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Triagem de resíduos hospitalares (adaptado do Manual CCI ULSM, 2003).....	55
Tabela 2: Cronograma delineado para o programa	88
Tabela 3: Check List para uma avaliação de qualidade - Higienização das mãos.....	90
Tabela 4: Check List para uma avaliação de qualidade - critérios a considerar na higienização das mãos.....	91
Tabela 5: Check List para uma avaliação de qualidade - Uso adequado de EPI.....	92
Tabela 6: Check List para uma avaliação de qualidade - critérios a considerar no uso adequado de EPI.....	93

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Campanhã da Higiene das mãos - banca nº1	45
Figura 2: Campanhã da Higiene das mãos - banca nº2.....	45
Figura 3: Campanhã da Higiene das mãos - Cartaz da divulgação dos resultados anos 2009-2011.....	46
Figura 4: Carro de transporte da roupa	61
Figura 5: Transporte da roupa suja na lavandaria.....	61
Figura 6: Máquina de passar lençóis	62
Figura 6: Zona dos limpos.....	62

RESUMO

O presente documento intitulado “Melhoria contínua da qualidade no âmbito da infeção hospitalar- precauções de isolamento” surge no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Com este relatório pretendo dar visibilidade ao percurso efetuado ao longo deste estágio, que foi realizado na Comissão de Controlo de Infeção (CCI) do Hospital Pedro Hispano (HPH). O estágio desenvolveu-se com uma carga horária total de 1250 horas, das quais 500 horas desenvolvidas em contexto hospitalar integrando uma equipa multidisciplinar “Comissão de Controlo de Infeção”. Durante este percurso que se realizou entre 10 de Janeiro de 2012 e 28 de Maio de 2012 foi-me permitido conhecer a estrutura, organização e a *leges artis* da referida comissão. Desde as normas, aos procedimentos, às questões da auditoria, foram percursos e vivências que me ajudaram a construir o relatório e ao meu desenvolvimento profissional.

Partindo do pressuposto que a transformação das experiências em novos saberes e conhecimentos não é uma tarefa simples, com a realização deste relatório propus-me desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva, transmitindo o desenvolvimento e aprendizagem obtidos durante o estágio, tornando-se este o veículo para o aperfeiçoamento de competências pessoais e profissionais no âmbito da prevenção e controlo da infeção hospitalar. Assim, pretendo demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, ações realizadas, identificação e análise de situações-problema propondo soluções devidamente fundamentadas, desenvolvendo uma maior autonomia no trabalho, iniciativa, responsabilidade e capacidade organizacional, por forma a aperfeiçoar competências de comunicação adequadas sobre a prática clínica e resultados obtidos.

A metodologia utilizada para a concretização do relatório é uma

metodologia descritiva, analítica e reflexiva permitindo através da narração, detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas junto da CCI deste Hospital, descrever as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do estágio.

As aprendizagens obtidas pela concretização deste estágio refletem a partilha, a troca de experiências e conhecimentos, a aquisição e o aperfeiçoamento de competências, que concretizamos dentro desta comissão, objetivando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados e que se refletem em ganhos em saúde dos doentes que aí recebem cuidados. Estas competências originaram saberes e conhecimentos específicos no âmbito da infeção hospitalar, que foram sendo extrapolados para o meu contexto profissional, pretendendo eu uma mudança positiva na equipa multidisciplinar que integro na minha instituição de saúde- Unidade Joaquim Urbano. Este estágio constitui um período essencial na minha formação enquanto enfermeira, pois é fundamental o desenvolvimento das competências profissionais, a aquisição e aplicação de saberes decorrentes de situações de trabalho contextualizadas para o desenvolvimento gradual da competência profissional de acordo com o modelo de Dreyfus & Dreyfus.

Palavras-chave: Enfermagem; Controlo de Infeção; Precauções de Isolamento

ABSTRACT

This document entitled “Continuous quality improvement in the hospital infection - isolation precautions” arises from the unit: “*Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica*”, inserted in the study plan of “*Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*” in order to obtain the degree of “*Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica*”. With this report I intend to grant visibility to the long path traveled along the internship made, accomplished in the Infection Control Commission of Pedro Hispano Hospital (HPH). This internship was developed during a total time of 1250 hours, including 500 hours in the hospital by a multidisciplinary team of infection control. During this course that took place between 10th January 2012 and 28th May 2012 I was able to know the structure, organization and the activities of the prior commission. Since the rules, procedures, until auditing questions, were courses and livings that helped me to build my report and my professional development.

Assuming that the transformation of clinic formation experiences in new knowledges and acquirements is not a simple task, with the elaboration of this report I proposed to develop an individual and reflective learning process granted during the internship, so becoming the way to improve the personal and professional aptitudes. This way, I intend to show abilities in reflexion, decision and critical judgement above the clinic practice, actions, identification and analysis of problem-situations, proposing solutions properly based, developing a bigger autonomy at work, initiative, responsibility and organizational capacity, allowing the improvement of communication abilities fitting the clinic practice and the consequent results.

The used methodology in order to realize this report was descriptive, analytic and reflective, allowing through an objective, detailed and narrative way, describing the experiences lived by the CCI of this hospital, describing the problem-situations founded, the proposed solutions and the felt difficulties during the accomplishment of the internship.

Obtained learning by doing this internship reflect the share and the exchange of experiences and knowledge, acquisition and the improvement of skills, that we completed inside this commission, purposing the continues improvement of specialized nursing care and the reflect patients health earnings. These abilities created specific knowledges and perceptions that were outputed to my Professional context, intending a positive change in multi-disciplin team that i integrate in my hospital - Joaquim Urbano Hospital. This internship is an essencial time in my nursing training, because is fundamental for skills development, the acquisition and application of arising Knowledge from working scenarios contextualized for gradual development of professional competences according to the Dreyfus & Dreyfus model.

Keywords: Nursing; Infection Control; Isolation Precautions

INTRODUÇÃO

Este Relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio em Enfermagem Médico- Cirúrgica, inserido no plano de estudos do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica. O relatório, integrado no contexto do curso de MEMC, pretende dar relevância e visibilidade ao processo formativo de aquisição, treino e desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade, desenvolvendo a capacidade de explicar as situações da prática e construindo saber a partir da reflexão sobre a prática, que ilustram o esforço, os progressos, as aquisições e as realizações em diferentes níveis, levadas a cabo durante o estágio. O tema escolhido teve a ver com o controlo e prevenção da infeção hospitalar, tema de meu interesse e preocupação, dado trabalhar com doentes hospitalizados com patologia infecciosa. Este estágio decorreu na Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) que ofereceu condições para a realização do mesmo, sendo simultaneamente orientado por uma docente da escola, e supervisionado por uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica e responsável por esta comissão. O relatório de estágio consiste na narrativa das experiências e competências desenvolvidas no local de estágio procurando dar resposta ao tema selecionado. Para o construir elaborei um portefólio que se mostrou extremamente útil enquanto coletânea de experiências desenvolvidas.

O enfermeiro aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais, transforma os conhecimentos em saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitam a construção das competências e do agir profissional adequado a cada situação. A intervenção concertada dos cuidados de enfermagem assenta na procura de conhecimentos válidos em cursos pós-graduados, cursos de formação profissional, frequência de congressos e consulta de artigos ou estudos com reconhecida evidência científica. O enfermeiro ambiciona a especialização para

um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, objetivando uma resposta de elevado grau de adequação e especificidade às necessidades dos cidadãos.

O enfermeiro ao exercer a sua especialização proporciona benefícios efetivos na saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde especializados, integrados e coordenados, assegurando a continuidade dos cuidados prestados. O desenvolvimento de uma aprendizagem autónoma e reflexiva é baseado na atualização periódica dos registos diários da prática, das ações realizadas, da identificação e análise de situações-problema e do desenvolvimento de soluções devidamente fundamentadas, à medida que se vivenciam as experiências, tendo em vista o aperfeiçoamento pessoal e profissional. Perspetiva-se o desenvolvimento de uma capacidade de organização, pensamento crítico e uma maior autonomia no trabalho através do desenvolvimento de competências determinantes para a otimização dos cuidados prestados. Com a obtenção de novos conhecimentos e saberes e com a aquisição de novas competências, o enfermeiro torna-se veículo de mudança através da comunicação adequada sobre a prática realizada, os resultados obtidos e a transmissão de propostas fundamentadas para que os elementos da equipa multiprofissional compreendam o que se faz, como se faz e porque se faz. A análise dos indicadores de medida de avaliação de processo e de resultado utilizados pelo enfermeiro especialista no planeamento dos cuidados, permite validar as intervenções de enfermagem realizadas, a identificação e discussão de situações-problema e o desenvolvimento de soluções devidamente consolidadas, avaliando, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas no processo de saúde/doença do indivíduo, família e comunidade, influenciando a decisão dos responsáveis organizacionais e políticos. A aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização é obtida através de uma intervenção concertada na área da enfermagem ao doente adulto e idoso em estado crítico e/ ou falência multiorgânica e família, tendo em consideração a sua inserção numa comunidade, atendendo aos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, descritos no Código Deontológico dos Enfermeiros e no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no regulamento sobre as competências comuns e específicas para o enfermeiro especialista.

Um estágio é um período essencial na formação de enfermeiros porque permite uma integração da teoria na prática e uma procura incessante de respostas aos problemas identificados. Para mim o estágio constituiu um valor

para a perceção dos problemas e para a construção de respostas associadas à infeção hospitalar e precauções de isolamento.

A Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico- Cirúrgica foi desenvolvida num total de 1250 horas, com 500 horas em contexto hospitalar na CCI da ULSM, no período compreendido entre o dia 10 de Janeiro e o dia 28 de Maio de 2012. O campo de estágio foi indicado pela coordenadora e pela orientadora do estágio, tendo em conta o objeto de estudo/ desenvolvimento e os objetivos a atingir. A CCI da ULSM localiza-se no Hospital Pedro Hispano situado em Matosinhos, distrito do Porto e está integrado na Rede de Referência Hospitalar. Esta instituição hospitalar serve as populações dos concelhos de Matosinhos, serve como referência para Vila do Conde e Póvoa de Varzim. A opção pelo objeto de estudo *controlo de infeção*, baseou-se no facto de ser uma das áreas da minha intervenção profissional e que particularmente me preocupa dado trabalhar diariamente com doentes com VIH/ Sida em contexto de internamento. A existência de CCI em Portugal tem pouco mais de três décadas de existência. O enfermeiro da CCI é considerado um profissional de charneira, pedra angular, sendo a sua presença fundamental pois detém competências humanas, técnicas e científicas essenciais para a organização na prestação de cuidados ao doente/ família quer estes estejam num contexto hospitalar quer estejam inseridos na comunidade.

Com a realização deste relatório proponho-me atingir os seguintes objetivos:

- adquirir novos conceitos e competências acerca da infeção hospitalar;
- vivenciar a prática de uma comissão de controlo de infeção;
- desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva;
- aplicar a aprendizagem obtida durante o estágio no meu contexto de prática clínica;
- desenvolver capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, ações realizadas, identificação e análise de situações-problema propondo soluções devidamente fundamentadas;
- desenvolver uma maior autonomia no trabalho, iniciativa, responsabilidade, pensamento crítico e capacidade organizacional;
- aperfeiçoar competências de comunicação para o incentivo, negociação e divulgação das melhores praticas e da melhoria contínua da qualidade;

- construir um projeto de intervenção melhoria contínua, que possa aplicar no meu contexto de trabalho de forma a obter inovação, mudança e maior segurança relativa ao controlo da infeção.

A metodologia utilizada para a concretização deste relatório foi a descrição dos factos experiências sob a forma de portefólio, descrição analítica e reflexão, pois permite, através de um carácter narrativo e descritivo, de uma forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio Profissional.

A opção pela organização do documento em cinco partes pretende facilitar a sua consulta através da sistematização e clarificação da informação contida. A divisão por objetivos permitiu identificar a consecução e estratégias implementadas para a aquisição e aperfeiçoamento de competências.

Na introdução procede-se ao enquadramento global do estágio no curso, incluindo os objetivos do estágio e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem médico- cirúrgica.

No primeiro capítulo pretendo introduzir fundamentos teóricos ao objeto de estudo - prevenção e controlo de infeção, bem como à importância que este adquire na qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, efetuando uma revisão bibliográfica.

No segundo capítulo - descrição do trabalho realizado e análise dos resultados, pretendo expor uma análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e competências adquiridas/desenvolvidas transmitir o meu desempenho no campo de estágio, estabelecendo a relação entre os objetivos específicos a que me propus desenvolver e a aquisição de conhecimentos teórico-práticos que permitiram a realização de atividades, a evolução dos saberes e cuidados para saberes e cuidados específicos, descrevendo as experiências vivenciadas mais marcantes. A aquisição, desenvolvimento, aperfeiçoamento e consolidação de conhecimentos, capacidades e competências foram conseguidas através da reflexão sobre a prática.

No capítulo de conclusões e sugestões realizo uma proposta para a melhoria da prática clínica com a realização de um documento que promove orientações relativamente às práticas de higienização das mãos e a utilização adequada de equipamento de proteção individual.

No último capítulo reflito sobre a concretização dos objetivos propostos, dos resultados obtidos e aprendizagens e reflexões auferidas que permitiram mudanças na prática profissional e pessoal e que se vão reproduzir na capacidade

de resposta mais eficaz aos problemas da área da especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

No decurso da realização do estágio clínico e da elaboração do relatório, foram consultadas diversas fontes bibliográficas que auxiliaram a construção e fundamentação teórica das atividades desenvolvidas e do presente relatório.

1 - PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE - FUNDAMENTOS TEÓRICOS

No sentido de perceber a importância do controlo de infeção em Unidades de Saúde e as vantagens que advém da implementação de medidas de controlo de infeção nessas unidades foi realizada uma pesquisa bibliográfica. Assim, foram consultadas as bases de dados do motor de busca *EBSCOhost*, nomeadamente, *CINAHL Plus with Full Text*; *MEDLINE with Full Text*; *MedicLatina*; *Academic Search Complete*; *ERIC*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*; *Psychology and Behavioral Sciences Collection*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Database of Abstracts of Reviews of Effects*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Health Technology Assessments*, *Cochrane Methodology Register* e *Nursing Reference Center*. Os seguintes descritores, utilizando a linguagem booleana, foram usados nas bases de dados acima descritas: (*infection AND control* AND nurse* AND (care OR unit*)*). Foram aplicados dois critérios de inclusão, nomeadamente, a disponibilidade dos artigos em texto completo e artigos cuja publicação fosse referente ao ano de 2005 ou posterior, resultando um total de 586 resultados. Destes 586 foram excluídos os artigos que não se encontravam disponíveis em acesso gratuito, os artigos duplicados e os artigos que não abarcavam resposta para a temática em estudo. A pesquisa prosseguiu no Google académico, na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto e na biblioteca da ULSM através da pesquisa manual. No decurso do estágio a pesquisa foi alargada para publicações com data inferior à pré- estabelecida anteriormente, pois constituem a melhor evidência científica na área de prevenção e controlo de infeção.

A descrição de doenças contagiosas é feita desde a Antiguidade, época em que ocorreram grandes epidemias, como a lepra e a peste negra. Oliveira (2009) refere que o hospital era considerado um local de assistência na doença, protegendo os povos das “pestilências”, da guerra e da fome. O mesmo autor refere que os primeiros “hospitais” surgiram associados aos movimentos religiosos no século IV, instalando-se um hospital em cada catedral com o objetivo de promover a caridade.

Nichiata et al. (2004), citando Canguilhem, ao efetuar uma resenha histórica sobre a temática, aborda as duas concepções de doença que existiam até o século XIX - a ontológica e a dinâmica. A ontológica perceciona a doença como algo, externa ao homem, não fazendo parte da natureza humana tendo como origem o natural ou o sobrenatural. Enraizada nessa concepção, formou-se a representação da doença como um castigo dos deuses para a impureza espiritual humana. A prática decorrente do pensamento da época tinha a cura como o resultado de tratamentos mágicos, a ação terapêutica baseava-se na expectativa de que a natureza se incumbiria da cura. Na concepção dinâmica a doença resultava de um desequilíbrio entre as forças vitais, compreendendo um processo que ocorria no interior do homem, que poderia também advir de um desarranjo do equilíbrio dos quatro humores presentes no planeta: a terra, o ar, a água e o fogo, Nichiata et al. (2004).

O mesmo autor refere que a noção de contágio já estava presente nos séculos XIV e XV, sendo referida a transmissão da infecção aos cuidadores de doentes infetados. Esse conceito foi-se ampliando conforme evidenciam as práticas desse período, como o uso de máscaras, a fumigação, adotados com o intuito de evitar a aspiração de odores poluidores do ar. Existia a suspeita de que as pessoas saudáveis eram contagiadas pelo enfermo, não só pela proximidade com o mesmo, mas também pelo ato de conversar, de trocar objetos e roupas que tivessem sido manipuladas pelo doente. Nesta altura foi instituído o exílio e a exclusão dos doentes do convívio em sociedade, estes comportamentos deram origem às práticas de isolamento, algumas dessas medidas permanecem até às práticas atuais.

A Direção Geral de Saúde (DGS) no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde refere que “... Com os trabalhos pioneiros de Semmelweis, Lister e Florence Nightingale, foram desenvolvidos os primeiros contornos da prevenção e controlo da infecção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados.” (DGS, 2007, p.5).

A Organização Mundial de Saúde (2005) no Desafio Global para a Segurança do Paciente descreve que até ao século XVIII, a higiene hospitalar era muito rudimentar e no decorrer da hospitalização havia elevada probabilidade de se desenvolver um processo infeccioso que não existia no momento da admissão, e que muitas vezes resultava na morte do indivíduo.

A infecção nosocomial (IN), remonta ao tempo de Hipócrates em que são relatadas as chamadas “febres contagiosas”. O termo nosocomial tem a sua

origem etimológica nos termos gregos “nosos”, que significa doença, e “komein” que significa cuidar de. Os dois termos associados, dão o termo “nosocomium”, cujo significado é doença do hospital em latim. As primeiras noções da prevenção e controlo de infeção foram desenvolvidas no início do século XIX, essencialmente por Joseph Lister (1827-1912), Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), Robert Koch (1843-1910) e Florence Nightingale (1820-1910). Joseph Lister (1827-1912) inspirado nas experiências de Louis Pasteur (1822-1895) que contestavam o conceito da geração espontânea, introduziu os antissépticos e as técnicas assépticas. Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) introduziu a exigência da higiene das mãos na prática clínica e usou métodos de vigilância epidemiológica para testar hipóteses relacionadas com o controlo de infeção. Robert Koch (1843-1910), desenvolveu a Teoria do Germe que suporta muitas das medidas de controlo de infeção, nomeadamente a importância do isolamento de doentes com doenças transmissíveis e a quarentena. Florence Nightingale (1820-1910), padronizou os procedimentos de cuidados de enfermagem, dando ênfase às questões de higiene hospitalar (Oliveira, 2009).

Ao longo dos tempos verificou-se uma preocupação crescente com as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), conforme referido por Oliveira (2009), a primeira metade do século XX foi marcada pela descoberta da penicilina por Fleming que permitiu uma redução significativa das infeções por *Streptococcus* em ambiente hospitalar. A grande maioria das infeções hospitalares é causada pelo desequilíbrio entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Este processo pode ocorrer devido à patologia do doente, condições clínicas do doente, aos procedimentos invasivos adotados como meios de diagnóstico e tratamento, à alteração microbiana ocasionada pela utilização de antibióticos.

Segundo o PNCI - Critérios do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para o diagnóstico das infeções (2009), o conceito de infeção nosocomial é substituído pelo conceito de “infeção associada aos cuidados de saúde” (pag 8). A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional (DGS:2007). Este conceito abrange todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde e não apenas as hospitalares. Costa (2008) referem que o conceito alargado das IACS engloba a noção de uma infeção adquirida pelos utentes e profissionais associados à prestação de cuidados,

independentemente do nível de cuidados se são agudos, de reabilitação, no ambulatório ou domiciliários.

As IACS mais frequentes descritas no Relatório do Inquérito Nacional de Prevalência de 2009 são as infeções das vias urinárias, infeções das vias respiratórias inferiores e as infeções da ferida cirúrgica, DGS (2009). O CDC define IACS como *“healthcare-associated infections (HAI) are infections caused by a wide variety of common and unusual bacteria, fungi, and viruses during the course of receiving medical care”*¹ (CDC, 2007, p.1). A OMS² reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo mundo, sendo reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos hospitalares e da comunidade.

Para concretizar o PNCI, a Direcção-Geral da Saúde criou o documento e fez com que fosse acompanhado de um manual para orientar a operacionalização do Programa nas unidades de saúde, de uma Circular Normativa que reformula o enquadramento legal para as Comissões de Controlo de Infecção e da revisão do Despacho da Direcção-Geral da Saúde publicado no Diário da República II Série, nº 246 de 23/10/96. O Controlo da Infecção Hospitalar (CIH) é um compromisso do Ministério da Saúde, envolve todos os profissionais e utilizadores dos cuidados de saúde. É imprescindível a cooperação e parceria entre os diferentes interlocutores, o que pressupõe a existência de um investimento forte e concertado por parte dos profissionais, das organizações e da sociedade.

Os dados disponíveis em base de dados e de investigação, sobre as infeções provocadas por agentes resistentes demonstram que:

- 30% a 40% das infeções hospitalares são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde;
- 20% a 25% dessas infeções podem ser resultado da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada;
- 20% a 25% das infeções podem resultar do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade;
- 20% das infeções têm origem desconhecida.

¹ CDC - Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/hai/>

² WHO (2006) <http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>

1.1 - CRIAÇÃO DAS COMISSÕES DE CONTROLO DE INFECÇÃO - HISTORIAL

No ano 1958, a American Hospital Association, emanou uma das primeiras medidas para prover os hospitais americanos de um sistema que lhes permitisse apurar as causas das infeções neles adquiridas e dotá-los de instrumentos necessários contra possíveis ações legais movidas pelos doentes.

Em Portugal, o projeto de controlo de infeção foi criado em 1988, tornando-se obrigatório a existência de comissões de controlo de infeção em todas as unidades públicas e privadas. Foi necessário definir critérios de acreditação informal para as CCI até à criação do PNCI em 1999. A instrução da DGS aprovada por despacho ministerial surge em 1930 com as recomendações respeitantes ao vestuário protetor, higiene das mãos e prevenção da transmissão de microorganismos a partir das vias aéreas superiores. Após o 25 de Abril de 1974, Portugal envia um representante para participar num grupo de trabalho do Conselho Europeu. Por esta altura é constituída a primeira Comissão de Higiene no hospital de Torres Vedras. Em 1977 realiza-se a 1ª Conferencia Nacional sobre a infeção hospitalar e é lançado o 1º inquérito às comissões de higiene para identificação de problemas existentes na área de controlo hospitalar. O controlo da infeção foi recomendado pela Direcção-Geral dos Hospitais a todas as unidades de saúde pela Circular Informativa N.º 8/86 de 25/3/86, ao ter dado a conhecer a Recomendação n.º R (84) 20 de 25 de Outubro do Conselho da Europa, que abordava a temática da prevenção das infeções hospitalares.

Entre 1988 e 1998 é desenvolvido pelo IGIF o projeto de controlo de infeção a cargo da Drª Elaine Pina. Este projeto pretendeu criar métodos para o estudo das infeções nosocomiais (eram assim chamadas) nos hospitais de forma a utilizar o CI como indicador da qualidade dos cuidados. Durante esses anos e com esse projeto realizaram-se estudos de prevalência e incidência de infeções urinárias em doentes algaliados, formaram-se médicos e enfermeiros nesta área, criaram-se grupos de trabalho de microbiologistas e enfermeiros para o controlo de infeção. Portugal participou em projetos europeus DANOP e EURONIS (HELICS-UCI e Cirurgia) e publicaram-se recomendações de boa prática. Este Programa, que substituiu o Projeto de Controlo de Infeção (1988-1998), foi de seguida transferido para o Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA).

A 10 de Outubro de 2006, através do Despacho n.º 256/2006, de Sua Excelência, o Ministro da Saúde, o PNCI foi transferido do INSA, para a Direcção-Geral da Saúde (DGS). O novo Programa, adiante designado abreviadamente por

PNCI, está integrado na Divisão da Segurança Clínica, da Direção da Qualidade Clínica, e é centrado na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde. As quatro grandes linhas estratégicas de atuação e de suporte do presente Programa - a organização; o desenvolvimento individual e organizacional; o registo e a monitorização; a comunicação - procuram dotar as unidades de saúde de instrumentos facilitadores da melhoria da organização dos serviços, da prestação de cuidados e da medição dos resultados. O PNCI insere-se no Plano Nacional de Saúde (2004 - 2010) e resulta do relatório da Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infeções Nosocomiais, criada por despacho do Alto-Comissário da Saúde, de 30 de Setembro de 2005, e publicado em D.R. II Série, n.º 219, de 15 de Novembro.

1.2 - AS COMISSÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO - FUNÇÕES

A CCI tem as suas responsabilidades devidamente definidas no Manual de Operacionalização do PNCI (2007), que incluem:

- o cumprimento do disposto na Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde n.º18/DSQC/DSC de 15/10/2007;
- a implementação de uma cultura de segurança nas unidades de saúde, de modo a que a prevenção e controlo da IACS, contribua para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente.

A CCI deve implementar medidas de intervenção de forma a implementar e monitorizar a vigilância epidemiológica (VE); deve planear, implementar e monitorizar o programa anual de formação / informação; divulgar normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS e promoção da segurança clínica; implementar um programa de auditorias internas regulares às práticas e estruturas melhorando a prática clínica fomentando a prevenção e controlo de infeção; reunir periodicamente com todos os seus membros; e deve participar ativamente nas atividades e ações propostas pelo PNCI.

O planeamento e implementação da vigilância epidemiológica numa unidade de saúde é uma atribuição específica da CCI, que deve estar de acordo com as necessidades da unidade de saúde e com os programas de vigilância preconizados pelo Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI), (2007). O *Centers for Disease Prevention and Control* (CDC), recomenda a vigilância epidemiológica das IACS de forma rotineira e sistemática em todos os hospitais, de modo a serem

obtidas evidências epidemiológicas para as medidas de controlo de infeções, nomeadamente pela criação de programas de atuação, conforme referencia Horan e Gaynes (2004). O CDC (2007) refere que a transmissão cruzada tem um papel importante na cadeia epidemiológica das infeções hospitalares onde se destacam as mãos dos profissionais.

Chen, Chou e Chou (2005) no estudo sobre impacto infeção nosocomial referem que a vigilância e controlo das IACS são a prioridade para a Organização Mundial de Saúde (OMS) promovendo a higiene das mãos e de cirurgias seguras, e a implementação de medidas de intervenção na resistência aos antimicrobianos, integrando o projeto mundial *World Alliance for Patient Safety*.

1.3 - INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE - CONCEITOS

Segundo Palos, Matril e Pedroso (2011) uma infeção hospitalar é aquela que não estava presente no momento da admissão do doente no hospital, podendo o doente manifestar sintomatologia até ao 3º dia de internamento, ou 48 horas após a alta do hospital. Embora, este período de tempo seja considerado o período de incubação mais usual, principalmente nas infeções de origem bacteriana, existem outros períodos de incubação dependendo das características individuais dos agentes etiológicos. As *guidelines*³ das precauções de isolamento descrevem o tipo e duração das precauções recomendadas para cada tipo de infeção ou doença infecciosa. De acordo com Oliveira (2009) deve ser estabelecido um nexo de causalidade entre a hospitalização/prestação de cuidados de saúde e a infeção. Existem algumas particularidades nomeadamente nos doentes submetidos a cirurgia sendo o período de vigilância para a ocorrência de IACS aumentado para os 30 dias após a alta, nos doentes submetidos a introdução de próteses passa para 12 meses. As infeções adquiridas na comunidade são aquelas que são diagnosticadas na altura da admissão, e em que o doente não teve internamentos anteriores.

CDC (2007) defendem que a transmissão de agentes infecciosos dentro de uma configuração de cuidados de saúde ocorre através de três elementos: uma fonte (ou reservatório) de agentes infecciosos, um hospedeiro suscetível com uma porta de entrada recetiva ao agente, e um modo de transmissão para o agente. Os

³ *Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão in DGS 2007.*

agentes infecciosos transmitidos derivam principalmente a partir de fontes humanas. Os reservatórios humanos incluem utentes, profissionais de saúde e as visitas. A infeção dos hospedeiros suscetíveis é o resultado de uma inter-relação complexa entre um potencial hospedeiro e um agente infeccioso. A maioria dos fatores que influenciam a infeção e a ocorrência e gravidade da doença estão relacionados ao hospedeiro. Existe um espectro de resultados possíveis após a exposição a um agente infeccioso. Alguns indivíduos expostos a microorganismos patogénicos podem nunca desenvolver doença sintomática, são colonizados, enquanto outros ficam gravemente doentes ou podem até morrer. Algumas pessoas são propensas a tornarem-se temporariamente ou permanentemente colonizados, mas permanecem assintomáticos. A condição do sistema imunitário da pessoa, no momento da exposição a um agente infeccioso, a interação entre agentes patogénicos, e fatores de virulência intrínsecos ao agente são importantes preditores para o resultado. Os agentes patogénicos que podem causar infeção, incluindo bactérias, vírus, fungos, parasitas e priões. Os modos de transmissão variam consoante o tipo de organismo, condição clínica do doente, patologias associadas, sendo que alguns agentes infecciosos podem ser transmitidos por mais de uma via, sendo transmitidos principalmente por contato direto ou indireto (por exemplo, Herpes simplex vírus [HSV], vírus sincicial respiratório, o *Staphylococcus aureus*), outros pela gotícula, (por exemplo, vírus influenza, B. pertussis) ou vias aéreas (por exemplo, *M. tuberculosis*). Outros agentes infecciosos, como vírus pelo sangue (por exemplo, hepatites B e C vírus [HBV, HCV] e HIV são transmitidos raramente nos serviços de saúde, através de exposição percutânea ou mucosa. É importante notar que nem todos os agentes infecciosos são transmitidos de pessoa para pessoa. As três vias principais de transmissão incluem a transmissão por contacto (direto/indireto), a transmissão por gotícula e a transmissão por via aérea (Siegel et al, 2007).

Para além de todos os aspetos referidos anteriormente a equipa de saúde deve ter bem presente os conceitos de contaminação, colonização e infeção. A contaminação é caracterizada como um “...*processo onde ocorre a presença de micro-organismos no epitélio, sem haver penetração tecidual, reação fisiológica e dependência metabólica com o hospedeiro*” (Fernandes et al, 2000, p. 216), a colonização como “... *processo onde há dependência metabólica com o hospedeiro e a formação de colónias, mas não o suficiente para produzir reação clínica ou imunológica*” (Fernandes et al, 2000, p. 216) e a infeção “...*implica no parasitismo (ocasionando interação metabólica) dando reação inflamatória e imunológica*” (Fernandes et al, 2000, p. 216).

Conforme refere Oliveira (2009) por vezes torna-se difícil distinguir as duas situações, podendo dar origem a diagnósticos menos corretos e consequentemente à prescrição de antibioterapia de forma desadequada. Nestes casos, a articulação entre a CCI e dos serviços das Unidades de Saúde torna-se fundamental para a resolução destas situações. Aos profissionais de saúde cabe tratar quando existe infeção, monitorizar quando existir colonização, mas acima de tudo evitar a contaminação.

Pina et al (2010) defendem que as IACS constituem um importante problema de Saúde Pública embora “... o nível de prioridade que se lhes atribui não se possa considerar muito elevado, pelo menos, na perspetiva do planeamento, programação, implementação e avaliação de programas de prevenção” (Pina, 2010,p.19). Para serem desenvolvidos programas de intervenção para a redução das IACS torna-se necessário conhecer a verdadeira dimensão do problema, a frequência, a gravidade dessas infeções e os fatores de risco associados, de forma a serem estabelecidas as respetivas prioridades para a intervenção.

A OMS desenvolveu um estudo de prevalência de infeção hospitalar em 14 países no período entre 1983 a 1985, onde foi usado um protocolo padrão aplicado a médicos e enfermeiros locais (Mayon-White, 1988). No presente estudo os autores concluíram que a média encontrada das infeções hospitalares foi de 8,7%, variando de 3% a 21%.

Pina et al (2010) referem o primeiro estudo em Portugal relativo à prevalência de infeções, utilizando o protocolo da OMS. Este estudo foi realizado em Novembro de 1988 tendo incluído 71 hospitais (17479 camas e 10177 doentes), tinha como objetivos obter uma visão do problema da infeção nosocomial (IN) nos hospitais do país através do conhecimento da taxa de prevalência da IN, obter informação relativamente aos diferentes fatores de risco, nomeadamente o uso de antibióticos e de outros fatores que influenciam a aquisição de IN, verificar a localização mais frequente da IN e as suas prevalências, identificar os microrganismos mais comuns envolvidos na IN e o seu padrão de resistência aos antibióticos, estimular a vigilância epidemiológica (VE) nos hospitais portugueses fornecendo informação para o planeamento de atividades dando visibilidade da importância da CCI. Após a análise dos dados obtidos os autores verificaram 10% de infeções nosocomiais e 20,4% de infeções adquiridas na comunidade, nos indivíduos com idade superior a 85 anos atingindo uma taxa de prevalência de 11%. No ano de 1993 foi realizado o segundo Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção em Portugal tendo sido definidos os mesmos objetivos do estudo anterior,

o protocolo utilizado foi o do Estúdio de Prevalência de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Españoles, da Sociedade Espanhola de Higiene e Medicina Preventiva (EPINE). (Pina, 1994). Este estudo foi realizado em 65 hospitais, onde foram estudados 9331 doentes, verificou-se uma taxa de prevalência de infeção nosocomial de 9,3% e 17,42% de infeções adquiridas na comunidade.

A vigilância da IN tornou-se essencial ao longo de décadas permitindo a identificação dos doentes suscetíveis de desenvolver IN, bem como as áreas de alto risco nos hospitais. Pelos vários estudos podemos verificar que a prevalência das infeções nosocomiais é mais elevada em unidades de cuidados intensivos, serviços cirúrgicos e ortopedia. A taxa de infeção é maior em doentes com aumento da suscetibilidade devido à idade avançada, co-morbilidades ou quimioterapia. Os dados da vigilância podem detetar mudanças importantes ao longo do tempo podendo produzir informação para a melhoria contínua de boas práticas, é essencial a existência de protocolos que permitam seguir uma definição de infeção e uma interpretação uniforme dos casos a estudar. Com vigilância epidemiológica pretende-se recolher, registar e analisar de forma sistemática informação sobre os doentes e as infeções, com o objetivo de implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo de infeção. Por isso, para providenciar informação adequada que auxilie a tomada de decisão, a vigilância pode ser utilizada como ferramenta facilitadora para a prevenção e controlo da infeção, *melhoramento os seus efeitos a curto e a longo prazo* (OMS, 2002). Nos EUA existe uma longa tradição em VE, desde há mais de 30 anos que funciona uma rede nacional de VE das IN, National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS). Na Europa o processo foi mais lento variando de acordo com o país em questão, esta situação pode ser explicada pelos custos associados aos estudos nacionais e pela escassez de recursos disponíveis.

No ano de 1988 e na sequência de um estudo piloto da OMS dirigido às infeções do local cirúrgico, onde participaram 3 hospitais portugueses, foram criadas por vários países redes de VE com o objetivo de retirar maior benefício da informação obtida, desta experiência nasceu o projeto HELICS, DGS (2007). O Helics é uma rede internacional com vista à recolha, análise e disseminação de dados válidos sobre os riscos de infeções hospitalares em hospitais europeus. Este projeto tem como objetivo estabelecer um sistema de consulta, colaboração e coordenação entre as várias redes nacionais de VE existentes, podendo efetuar-se comparação dos resultados locais identificando os possíveis fatores de risco para possível intervenção e melhoria. Os protocolos seguidos pelas unidades de saúde

devem, sempre que possível, ser aqueles preconizados pela DGS, contribuindo para a monitorização das infeções a nível nacional. Todos os intervenientes no processo de vigilância devem compreender e seguir o protocolo adotado. A DGS disponibiliza protocolos e recomenda a sua adoção pelas unidades de saúde nacionais, sendo eles o HELICS - UCI (Unidades de Cuidados Intensivos); HELICS - cirurgia; Infeção nas UCI - recém-nascidos; Eventos em diálise; Infeções nosocomiais da corrente sanguínea; HELICS III - Inquérito de Prevalência de Infeção Nosocomial de Âmbito Nacional.

Em Portugal, de acordo com o relatório do Inquérito de Prevalência de Infeções hospitalares do Ministério da saúde (2009), verificou-se que a taxa de prevalência de doentes com infeção nosocomial foi de 9,8% e a prevalência de infeção nosocomial foi de 11,0%, registando-se um número mais elevada das IN das vias respiratórias (3,8%) e das vias urinárias (2,7%) num total de 21 459 doentes estudados. As infeções do local cirúrgico e as infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) representaram 1,3% e 0,7% respetivamente. Através deste relatório podemos também verificar que nos microorganismos isolados o *Staphylococcus aureus* metilina resistente foi o microorganismo mais frequentemente isolado nas IN (15,8%) seguido-se a *Escherichia coli* (14,5%), *Pseudomonas aeruginosa* (12,7%), *Klebsiella pneumoniae* (7,9%). *Staphylococcus aureus* metilina sensível (6,2%), *Cândida albicans* (5,6%), *Enterococcus faecalis* (5,0%), *Acinetobacter Baumannii* (4,4%), *Staphylococcus epidermis* (2,6%) e *Proteus mirabilis* (2,6%). Na comunidade podemos verificar que o microorganismo mais frequentemente isolado foi a *Escherichia coli* (24,1%), seguindo-se o *Staphylococcus aureus* metilina resistente (8,2%), a *Pseudomonas aeruginosa* (7,6%), *Staphylococcus aureus* metilina sensível (6,9%), *Mycobacterium tuberculosis complex* (6,2%), *Klebsiella pneumoniae* (6,1%), *Enterococcus faecalis* (3,9%), *Proteus mirabilis* (4,2%), *Streptococcus pneumoniae* (3,8%). Sendo assim, o consumo de antibioterapia torna-se muito elevado e muitas vezes inadequado. A falta de critérios para a escolha do tratamento empírico determinam o surgimento das resistências dos microorganismos. Oliveira (2009) refere que as últimas décadas tem aumentado de uma forma assustadora a nível mundial a frequência da resistência aos antimicrobianos e a sua associação com infeções graves. Nos EUA das mais de 2 milhões de IACS ocorridas anualmente cerca de 50 a 60% têm origem em estirpes bacterianas resistentes aos antibióticos. Os resultados do inquérito de prevalência do ano 2009 sugerem que a taxa de prevalência de IN em Portugal é semelhante à de outros países europeus, embora seja necessário a intensificação

da vigilância e a implementação de medidas mais eficazes no que concerne à prevenção e controlo de infeção.

1.4 - MEDIDAS PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA CLÍNICA DO DOENTE E DO PROFISSIONAL

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada em 2004, elaborou vários programas e orientações que visam a sensibilização e mobilização dos profissionais de saúde para promover a segurança do indivíduo.

O contexto da prestação de cuidados de saúde deve considerar uma abordagem integrada e sistemática que promovam a segurança clínica do doente e dos profissionais de saúde. Esta abordagem pode prevenir a ocorrência de incidentes e acidentes que resultem em danos para o doente e para o profissional. Quando estes ocorrem a instituição deve adotar uma conduta formativa e não punitiva para prevenir a ocorrência de novos acontecimentos adversos.

Lage (2010) refere que nos últimos 10 anos a investigação indica que pelo menos 10 % dos doentes admitidos em unidades de saúde vão sofrer danos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde, assim o profissional de saúde deve evitar que isso aconteça. O erro deve ser considerado como potencial, a sua monitorização e a utilização e monitorização de barreiras que protegem os doentes torna-se fundamental para a criação de um ambiente de cuidados seguros. A segurança começa na cabeceira do doente.

Para que o profissional de saúde promova a segurança clínica do doente deve considerar sempre a especialidade onde trabalha e a tipologia de clientes aos quais presta cuidados tendo em conta a melhor evidência científica.

Direcionando esta problemática para o indivíduo infetado com VIH, o tratamento para esta infeção deve ser entendido como prioritário e contextualizado numa visão holística do indivíduo, da família e da comunidade.

De acordo com os dados da VE divulgados pelo Departamento de Doenças Infeciosas, em colaboração com o Programa Nacional para a Infeção VIH/ Sida, em Portugal a 31 de Dezembro de 2011 encontravam-se notificados 41035 casos notificados de VIH SIDA nos diferentes estadios de infeção. Através dos dados fornecidos no presente relatório podemos verificar que o maior número de casos notificados corresponde a infeção em indivíduos referindo provável transmissão sexual (heterossexual) num total de 42,9% dos casos, enquanto o consumo de

drogas por via endovenosa ou “toxicodependentes”, constitui 38,7% de todas as notificações. Nos casos notificados por grupos de patologias associadas verifica-se que as infeções oportunistas constituem um grande grupo associado aos casos de SIDA (87,8% das patologias indicadas). As infeções oportunistas são as patologias associadas a um maior número de mortes, destacando-se a tuberculose.

Após a análise dos dados descritos do relatório referido anteriormente podemos verificar o efeito da terapêutica antiretroviral no decréscimo da taxa de mortalidade nos indivíduos infetados pelo VIH e consequente aumento da esperança média de vida.

O modo como se processou a génese do aparecimento da infeção VIH teve conotações sociais severas, que ainda se mantêm até aos dias de hoje. A forma como a sociedade encara a infeção VIH leva à consequente discriminação e estigmatização, associando esta patologia à promiscuidade sexual e ao consumo de drogas. Assim, o indivíduo portador do VIH/SIDA, aquando do diagnóstico da doença atravessa uma multiplicidade de emoções e sentimentos negativos que geram grande sofrimento. Estes doentes receiam a discriminação e a marginalização, quer em termos pessoais quer sociais. Nabais (2008) no Manual sobre Sida refere que o sofrimento vivenciado pela incerteza, acarretam consequências sociais e económicas avassaladoras, tornando-se essencial a existência de estruturas de suporte que ajudem estes indivíduos a aceitar a sua nova condição de vida. É fundamental a existência de estratégias de intervenção psicológica e psicoterapêutica, que se apoiem numa educação eficaz conducentes à prevenção e/ou tratamento. Embora, devemos ter sempre presente que o estigma, o preconceito e a discriminação podem constituir sérias barreiras à implementação de um programa de intervenção. Em todo este processo é essencial que se atenda aos valores individuais, diminuindo receios e promovendo auto-estima e *empowerment*. Deve ser um processo interativo reconhecido e aceite pelo indivíduo, para que adquira uma postura de participação ativa e autónoma com responsabilidade na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida. Também poderá revelar-se fundamental uma discussão planeada de experiências de aprendizagem, de forma a capacitar e a reforçar o comportamento voluntário que promova a saúde (Carvalho, 2006).

O enfermeiro deve ser capaz de envolver os indivíduos no processo de adaptação e de transformação dos fatores que incidem na saúde, quer estes sejam de natureza pessoal, ambiental e/ou sócio- económica. O enfermeiro deve

colaborar na desmistificação dos preconceitos associados a esta infeção, assim como, promover medidas para a prevenção e controlo de infeção. O indivíduo infetado com VIH quando precisa de internamento não necessita de isolamento, só se apresentar imunossupressão ou se for identificado um microrganismo problema que se coadune com as precauções baseadas na via de transmissão. Os profissionais de saúde devem adotar as precauções básicas, nomeadamente a utilização de EPI, e promover a higiene e segurança no trabalho. Quando o indivíduo infetado com VIH vai a uma consulta deve aguardar na mesma sala de espera dos outros doentes, e a mesma consulta não deve estar “ rotulada”, de forma a serem evitados constrangimentos e consequentemente abandono das consultas.

2 - O ESTÁGIO NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO DA ULSM: DESCRIÇÃO DO TRABALHO REALIZADO

No seu exercício profissional, o enfermeiro aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais, transforma os conhecimentos em saberes e saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitem a construção das competências e do agir profissional, adequado a cada situação. O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar, alínea 2 do artigo 2º do regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. As competências comuns a todos os enfermeiros especialistas adquirem-se através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados recorrendo a um suporte efetivo baseado na formação e investigação enquanto as competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção da EMC, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (OE, 2007).

A aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da Enfermagem Médico- Cirúrgica é auferida através de uma intervenção concertada na pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na dinâmica da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e na intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º -A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto - Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica, sob proposta do Conselho Diretivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos diretivos regionais, a Assembleia Geral aprova o

Regulamento: publicado no Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 relativo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e/ ou falência orgânica definindo quer as competências comuns, quer o conjunto de competências clínicas especializadas. O enfermeiro perspetiva e objetiva a aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização através de uma intervenção centrada na área da enfermagem, neste caso da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico- Cirúrgica foi desenvolvida em contexto hospitalar sendo simultaneamente orientado por um professor da escola, Professora Doutora Olga Fernandes, e pela enfermeira responsável pela Comissão de Controlo de Infecção da referida instituição, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica Fernanda Vieira. O campo de estágio foi-me proposto pela Professora Doutora Olga Fernandes, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Médico- Cirúrgica. O estágio foi concretizado na Comissão de Controlo de Infecção da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), compreendido entre 10 de Janeiro e 28 de Maio de 2012, num total de 500 horas realizadas no contexto hospitalar, o horário efetuado encontra-se em anexo (Anexo I- Horário de estágio realizado na CCI da ULSM).

Para o estágio referido, foi elaborado um projeto de estágio entregue à Comissão Coordenadora, onde foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos. Foram estipuladas atividades a desenvolver no percurso do estágio clínico para que os objetivos pudessem ser concretizados. Após uma conversa informal realizada com o enfermeiro tutor, e mediante o conhecimento da realidade envolvente, foram efetuadas alterações relativamente às atividades a desenvolver e consequentemente dos indicadores relacionados para mensuração da concretização das competências.

A ULSM estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, foi criada pelo Ministério da Saúde através do Decreto-Lei n.º 207/99. D.R. n.º 133, Série I-A de 1999-06-09. A ULSM rege-se pelo presente diploma, pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas constantes do presente diploma, pelos seus regulamentos internos e, subsidiariamente, pelas normas aplicáveis às entidades que revistam natureza, forma e designação de empresa pública, não estando sujeita às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a forma de serviços personalizados ou de fundos públicos. A ULSM

está sujeita à tutela e superintendência dos Ministérios da Saúde e das Finanças. As atribuições da ULSM englobam a prestação de cuidados primários e continuados de saúde à população do concelho de Matosinhos; a prestação de cuidados diferenciados de saúde às populações residentes na área de influência da ULSM; o assegurar atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no concelho de Matosinhos; a participação no processo de formação pré e pós-graduada de profissionais do sector, mediante a celebração de acordos com as entidades competentes. Tem como rede de intervenção os Centros de Saúde, o Hospital Pedro Hispano e a rede de Cuidados Continuados e todos os pólos de intervenção social disponíveis para parcerias em saúde, sem esquecer as novas tecnologias de informação. Acessoriamente assegurar os cuidados hospitalares diferenciados como referência, ao Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim - Vila do Conde. O Hospital Pedro Hispano obteve a Acreditação Total pelo *Health Quality Service (King's Fund)* em 2002, sendo o primeiro hospital público certificado pela Norma ISO 9001:2008 na globalidade dos seus serviços.

Nesta fase será importante referir os objetivos que foram delineados no projeto de estágio elaborado para seguir a orientação do relatório:

Objetivo geral 1 - Perceber as competências do enfermeiro especialista dentro da dinâmica da CCI, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento dos padrões de qualidade dos cuidados e melhoria contínua da qualidade;

Objetivo geral 2 - Adquirir conhecimentos específicos na área do Controlo de Infecção hospitalar que permita ao enfermeiro especialista ser uma referência relativamente à pessoa que cuida na prevenção e controlo de infeção;

Objetivo geral 3 - Perceber a atividade, as orientações e a articulação em contexto na prevenção e controlo de infeção;

Objetivo geral 4 - Efetuar o acompanhamento, registo e avaliação da monitorização dos indicadores de prevenção e controlo de infeção;

Objetivo geral 5 - Desenvolver um documento em ordem a colocar em prática no serviço onde exerço funções o experienciado e aprendido.

Objetivos Específicos e as atividades a desenvolver:

Objetivo específico - Conhecer e integrar a realidade que envolve a CCI, no que concerne à sua estrutura, organização e dinâmica funcional

Atividades a desenvolver:

- Consulta do manual de integração do enfermeiro e de normas e protocolos em vigor na instituição/unidade.
- Conhecer a estrutura e a área de intervenção da CCI da ULSM, EPE;
- Integrar a equipa multidisciplinar da CCI;
- Perceber o papel do Enfermeiro especialista inserido na CCI, tendo como referência as orientações previstas no Manual de Operacionalização do PNCI;
- Entender a articulação da CCI com os restantes serviços;
- Compreender normas, protocolos, organização e a dinâmica em cada uma das áreas de atuação da CCI;

Objetivo específico - Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na CCI

Atividades a desenvolver:

- Aprofundar os conhecimentos teóricos e teórico-práticos com a prática de enfermagem na CCI;
- Desenvolver os conhecimentos teórico-práticos na área da prevenção das IACS;
- Desenvolver reflexões críticas sobre a intervenção de enfermagem nas CCI e sobre a aprendizagem efetuada durante o estágio;
- Aperfeiçoar a capacidade crítico-reflexiva sobre o meu desempenho na prática;
- Desenvolver competências em pesquisa bibliográfica no contexto de IACS;

Objetivo específico- Identificar os principais problemas inerentes à prevenção e controlo de infeção que emergem no contexto da prática de enfermagem em infeção

Atividades a desenvolver -

- Adquirir e aprofundar conhecimentos na área de microbiologia em contexto do controlo de infeção;
- Verificar a dinâmica na identificação de situações de risco;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

- Procura de evidência científica que promovam e facilite uma organização de cuidados de qualidade;
- Levantamento das necessidades de investigação, através da observação das práticas diárias e consequente reflexão crítica;
- Elaborar um documento sobre a temática “ Promover orientações relativamente às práticas que se relacionam com o isolamento de doentes nas unidades de saúde e a utilização adequada do equipamento de proteção individual”.

Na narrativa subsequente procederei à análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas conforme o descrito anterior, tendo sempre presente os objetivos delineados. Realizar-se-á também a análise das competências adquiridas, situações-problema encontradas e estratégias implementadas para a sua resolução.

Perceber as competências do enfermeiro especialista dentro da dinâmica da CCI, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento dos padrões de qualidade dos cuidados na melhoria contínua da qualidade.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2007) a CCI é responsável pela “elaboração e gestão do plano operacional de prevenção e controlo da IACS”. Assenta na responsabilidade do enfermeiro da CCI desenvolver competências e aprofundar conhecimentos em três grandes áreas de intervenção no que respeita à elaboração de normas e recomendações de boas práticas, a formação e a vigilância epidemiológica.

Em 2008 a DGS definiu no Manual de Operacionalização do PNCI os critérios que devem ser incluídos num programa de prevenção e controlo de infeção. Assim, a CCI deve ser representada por uma equipa multidisciplinar com um enfermeiro a tempo inteiro, um coordenador e restantes membros com carga horário compatível ao exercício das suas funções, devendo ser incluídos elos de ligação e interlocutores nos serviços clínicos. Deve existir um programa de VE de estruturas, procedimentos e resultados englobando as infeções e custos associados, tendo em linha de conta as atividades de VE propostos ao nível nacional e internacional. O laboratório de Microbiologia deve ter capacidade de rápido diagnóstico e deve prestar um eficiente apoio epidemiológico. Os

resultados da VE e a informação das resistências institucionais devem definir a política para a utilização antimicrobiana. A instituição deve definir uma política de descontaminação de material e equipamento (incluindo limpeza, desinfecção e esterilização); uma política de formação dos profissionais, quer no momento da admissão e quer no contínuo da atividade, a formação é definida em função das necessidades identificadas pela CCI e pelos serviços. Na instituição deve existir uma política para o serviço de aprovisionamento, instalações e equipamentos, e serviços hoteleiros que integre as necessidades de prevenção de transmissão cruzada de infeção. O serviço de Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho deve assegurar a avaliação e controlo de risco biológico para os profissionais. O sistema de informação deve permitir a transferência automática de dados entre os Serviços Clínicos, a CCI, o Laboratório, a Farmácia e a CCI. A articulação com a Estrutura de Segurança do Doente e de Gestão de Risco é fundamental para a monitorização dos eventos adversos. Atualmente, o PNCI insere-se no Plano Nacional de Saúde (2011-2016) que resulta do relatório da Comissão para a formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, criada por despacho do Alto- Comissário da Saúde.

A CCI da ULSM está centralizada no Hospital Pedro Hispano no Departamento de Comissões localizado no piso -1, funcionando das 8h às 17h. O espaço físico é constituído por uma sala de trabalho, uma sala de reuniões e um pequeno arquivo. Encontram-se registos da CCI da ULSM desde Maio de 1996. A nível dos recursos humanos é constituído por uma equipa multidisciplinar, incluindo dois enfermeiros que realizam 35 horas/semana. De acordo com a Direção Geral da Saúde (2007), a afetação de Enfermeiro de Controlo de Infecção (ECI) às Unidades de Internamento e Unidades de Ambulatório deve contemplar os recursos e especificidades de cada Unidade de Saúde seguindo, sempre que possível, as orientações internacionais. Segundo o CDC e o National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS) as unidades de saúde devem ter um ECI a tempo completo, para uma lotação entre as 110 e as 140 camas, quando a lotação tem mais 250 camas inclui mais um ECI, além desta lotação. A ULSM tem a particularidade de integrar o Agrupamento dos Centros de Saúde de Matosinhos e Área de Cuidados Continuados, tornando-se particular a dotação de enfermeiros na CCI. No Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde- indicadores e valores de referência elaborado pelo MS/OE (2011) refere que a afetação do Enfermeiro da CCI às Unidades de Internamento e Unidades de Ambulatório deve contemplar os recursos e as especificidades de cada unidade de saúde. O cálculo recomendado no contexto

hospitalar é, conforme o referido anteriormente, pelo número de lotação de camas. Nos restantes contextos de prestação de cuidados ainda não foram desenvolvidos instrumentos de avaliação dos cuidados de enfermagem que permitam definir dotações para respostas dos cuidados em qualidade e segurança. Os 2 enfermeiros da ULSM que integram a CCI desenvolvem a sua atividade em toda a ULSM, incluindo o contexto hospitalar e o contexto dos cuidados na comunidade. A equipa é organizada pelo Núcleo Executivo, Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo e por elos de ligação existentes em cada serviço. O Núcleo Executivo é constituído por Coordenadora Dr.^a Isabel Neves (Médica-especialidade Infeciologia), Dr. David Peres (Técnico Superior de Microbiologia), Fernanda Vieira (Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica), Ilda Devesa (Enfermeira Graduada), Valquíria Alves (Patologista Clínica). O Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo por profissionais das diversas especialidades Cirurgia (Fernando Ferreira), Saúde Pública e Saúde Ocupacional (Jaime Baptista), Cuidados Primários (Cruz Santos), Cuidados Continuados (M^a Céu Rocha), Farmácia (Joana Osório), Risco Clínico (Adelina Pereira), Risco Geral (Serafim Carvalho), Compras Logística (Bruno Candeias), Esterilização (Helena Festas), Instalações e Equipamentos (Manuela Alvares), Hoteleiros (Cristina Resende), (Anexo II- Organigrama da Comissão de Controlo de Infecção).

A problemática da prevenção e controlo de infeção exige dos enfermeiros um saber atualizado e especializado em Enfermagem que implica um conhecimento aprofundado sobre toda a dinâmica que envolve as IACS, bem como capacidade de pensamento crítico entendido como *“um julgamento intencional, e auto-regulável, que resulta da interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como da explanação das evidências, considerações conceptuais, metodológicas, contextuais ou critérios em função dos quais o julgamento foi baseado”* (Silva,2000).

Para que o agir profissional se adeque à realidade envolvente, os primeiros dias foram para conhecer genericamente a estrutura física e organizacional tornou-se necessário consultar as Normas e Protocolos adotadas pela instituição. No acolhimento de novos profissionais e alunos a instituição tem definido uma ação de formação realizada pelos profissionais da CCI com o objetivo de alertar os novos elementos para a problemática das IACS, tornando-se uma mais-valia no acolhimento da instituição.

A CCI da ULS Matosinhos elaborou um Manual de Controlo de Infecção em 1996 que foi atualizado e revisto 2003 onde foram definidas recomendações de boas práticas em Controlo de Infecção para os profissionais que exercem funções na instituição. No manual são abordados o sistema de vigilância da infeção nosocomial, o controlo dos surtos de colonização e de infeção nosocomial, o isolamento dos doentes, as normas gerais de prevenção da infeção nosocomial, utilização de antissépticos e desinfetantes, acidentes com risco de transmissão de vírus de hepatite B e C ou de imunodeficiência humana e as medidas gerais de higiene. Este manual contribuiu para a integração na dinâmica e funcionamento da CCI elucidando os aspetos fundamentais no que concerne à adoção de boas práticas promovendo a segurança clínica dos doentes e profissionais. De acordo com o PNCI (2008), o manual deve ser revisto sempre que surjam níveis de evidência que o justifiquem. O manual encontra-se disponível no Sistema da Gestão da Qualidade (SGQ), todas as atualizações ficam registadas.

O Regulamento das CCI definido no Manual de operacionalização do PNCI da Direção Geral da Saúde (Dezembro, 2008) complementa as Circulares Normativas emanadas pela Direcção-Geral da Saúde em 2007, que pretende orientar as CCI na elaboração do seu regulamento interno relativamente à constituição e atribuições das mesmas. Anualmente a CCI deve elaborar um plano de ação até ao final do 3º trimestre (Setembro) de cada ano civil para o ano seguinte e apresentar ao Órgão de Gestão e discuti-lo por forma a garantir a sua integração no plano e orçamento da unidade de saúde. O relatório de atividades referente ao ano anterior deve ser apresentado e discutido com o Órgão de Gestão até ao fim do 1º trimestre (Março) de cada ano civil. A CCI deve articular com os vários serviços/departamentos para definir as atividades a planear e a desenvolver em cada ano civil, promovendo reuniões para discussão e avaliação das atividades em curso.

O núcleo executivo da CCI reúne ordinariamente uma vez por semana, normalmente a reunião tem lugar à Quarta-feira ao final da manhã. As reuniões visam delinear tarefas e formas efetivas de colaboração entre os seus membros, podem ser convocadas ainda reuniões extraordinárias por qualquer um dos membros com o conhecimento prévio do Coordenador. Todas as decisões obtidas nas reuniões devem ter em consideração a maioria dos membros, não existindo consenso, a decisão final será do Coordenador da CCI. Após a aprovação pelo órgão de gestão, as propostas elaboradas pela CCI são enviadas para serem implementadas nos serviços/ departamentos/ unidades funcionais, sendo inseridas igualmente na gestão documental da ULS Matosinhos, tornando-se assim

vinculativas. Deve ser também realizada uma reunião com o núcleo executivo e núcleo de apoio técnico e consultivo no mínimo trimestralmente, no dia e hora é definido pelo coordenador em consenso com os restantes membros da CCI. Com o núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação a CCI deve reunir no mínimo trimestralmente. O Regulamento da CCI deve ser revisto no mínimo de três em três anos, ou se a Instituição achar necessário ou sempre que haja alterações das orientações emanadas a nível nacional.

As funções específicas dos membros da CCI estão devidamente definidas e regulamentadas no mesmo manual, quer sejam as funções comuns a todos os elementos que integram o núcleo executivo, quer sejam as funções específicas de cada grupo profissional. No que respeita ao núcleo executivo, as suas funções incluem a implementação e a monitorização de um sistema interno de vigilância epidemiológica com o objetivo de dar resposta à Rede Nacional de Registo das IACS e detetar problemas específicos nas unidades de saúde e verificar as necessidades expressas dos profissionais das respetivas unidades.

O enfermeiro responsável da CCI, para além de todas as funções referidas anteriormente, deve assessorar o Enfermeiro Diretor, Enfermeiros Supervisores e/ou Enfermeiros Coordenadores de Departamento nas atividades de gestão da unidade de saúde no que concerne à área da prevenção e do controlo da infeção. O enfermeiro da CCI colabora na integração de práticas de controlo de infeção nos padrões de cuidados de enfermagem, intervindo na orientação dos Enfermeiros Chefes no que respeita à definição de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem, visando o risco biológico, a colaboração na avaliação de desempenho dos enfermeiros no que concerne à prevenção e ao controlo da infeção. A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na unidade de saúde tem por base indicadores de resultado da gestão em controlo de infeção, assim o enfermeiro da CCI propõe a utilização dos resultados dos estudos de VE na melhoria da gestão dos cuidados de Enfermagem. Os resultados dos estudos e programas de VE devem ser apresentados nas reuniões da Comissão de Enfermagem, apresentando sugestões para assegurar a melhoria contínua na gestão dos cuidados, no que concerne à prevenção e ao controlo da infeção.

Embora, a importância da CCI nas atividades de gestão da unidade de saúde esteja devidamente documentada no respeito ao delineamento de estratégias na área de prevenção e controlo de infeção na ULSM as enfermeiras da

CCI, bem como, os enfermeiros de serviços que não tenham internamento (formação, esterilização) não são convocados para a Comissão de Enfermagem.

No meu ponto de vista, este é uma prova como o nosso país ainda não dá o devido valor à CCI, não lhe atribuindo a grande importância na prevenção e controlo de infeção e os ganhos em saúde que daí advêm. Pina et al (2010) defende que as IACS constituem um problema importante de saúde, mas a importância que o nosso país lhes atribui não se pode considerar elevada.

Na área da Vigilância Epidemiológica a CCI deteta casos de infeção em articulação com o Laboratório de Patologia Clínica, os Serviços Farmacêuticos e com os interlocutores ou membros dinamizadores em cada área funcional. A CCI colabora na investigação e controlo de surtos em articulação com os restantes membros da CCI.

Sempre que solicitada a CCI dá parecer sobre os critérios de prevenção e controlo da infeção, e especificações técnicas para a aquisição de novos materiais, dispositivos médicos e equipamentos. A CCI tem uma relação próxima com o Serviço de Instalações e Equipamentos dando parecer relativamente aos projetos de execução de obras de renovação ou de construção inicial. A CCI considera os aspetos de barreira sanitária, espaços físicos, espaçamentos entre camas, circuitos definindo a área de sujos e a área dos limpos, a colocação de lavatórios, colocação de suportes para soluções alcoólicas e de sabão para a higiene das mãos.

No que concerne ao Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho a CCI colabora na aplicação das normas legais sobre as condições de higiene e segurança no trabalho, relativas ao risco biológico; e com a Comissão de Farmácia e Terapêutica/Comissão de Antibióticos.

A CCI da ULSM estabelece relações com outras unidades de saúde/outras instituições no sentido da implementação de atividades, pareceres técnicos ou pedidos de colaboração aos vários níveis de intervenção. Ao longo estágio verifiquei vários contatos com os enfermeiros da CCI da ULSM de outras unidades de saúde para esclarecimentos de dúvidas e pedidos de colaboração em vários níveis de intervenção.

O enfermeiro da CCI deve assegurar a gestão diária das atividades inerentes à implementação de todas as ações a desenvolver pela CCI em estreita articulação com o Coordenador da CCI e com o Órgão de Gestão. Assim, após a observação de toda a dinâmica da CCI pude perspetivar que quando forem

desenvolvidos os novos instrumentos de avaliação de cuidados na comunidade verificar-se-á a necessidade acrescida de mais enfermeiros na CCI da ULSM uma vez que muitas vezes existe sobrecarga de trabalho.

Adquirir conhecimentos específicos na área do Controlo de Infecção hospitalar que permita ao enfermeiro especialista ser uma referência relativamente à pessoa que cuida na prevenção e controlo de infeção.

Ao percebermos a dinâmica que envolve a CCI conseguimos identificar as áreas determinantes para a prevenção e controlo de infeção. Os princípios padrão evocam a higiene ambiental e a higiene das mãos como cruciais na prevenção das IACS, sendo fortemente recomendadas no Healthcare Cleaning Manual do NHS (2004). Neste manual são estabelecidos critérios pelos quais os gestores das organizações e os profissionais de saúde devem assegurar que os utilizadores dos serviços de saúde sejam atendidos num ambiente limpo onde o risco de contrair uma IACS seja reduzido ao mais baixo nível. Siegel et al (2007) refere que a primeira estratégia a ser utilizada na prevenção das IACS são as precauções básicas ou precauções padrão que devem ser utilizadas para todos os doentes onde se incluem a higienização das mãos, o uso de equipamento de proteção individual (EPI), a higiene respiratória, a localização do doente, o controlo ambiental, a prevenção de acidentes por picada/ corte e a vacinação/ imunização. As precauções básicas são medidas básicas de prevenção com contato de fluidos ou matéria orgânica e devem ser aplicadas por todos os profissionais que prestam cuidados a todos os doentes.

Higienização das mãos

De acordo com Sax et al (2007) a higiene das mãos é um elemento essencial da segurança do paciente para a prevenção da IACS, a sua promoção representa um desafio que exige uma estratégia multimodal, num quadro claro, simples e com conceitos robustos. O termo higiene das mãos engloba a lavagem das mãos com água e sabão e a desinfecção das mãos com o recurso a soluções antissépticas de base alcoólica. A solução antisséptica de base alcoólica utilizada na higiene das mãos deve possuir eficácia antimicrobiana, contendo de 75% de isopropanol ou 80% de etanol e deve ser bem tolerada pelos profissionais. No ano

2008, a OMS através do World Alliance for Patient Safety⁴ lançou publicamente o desafio da Campanha Nacional da Higiene das Mãos com o compromisso da tomada de medidas para a redução das IACS, sendo os resultados divulgados internacionalmente, desafio este que Portugal aderiu. Desde que a iniciativa foi lançada pelo Professor Didier Pittet (2005), já se incluem no projeto 128 estados membros. No mês de Maio 2012 registaram-se no total 15000 estabelecimentos de saúde, 10 milhões de profissionais de saúde.

Em 2008, foram fornecidas pela OMS as Guidelines sobre a Higiene das Mãos nos Cuidados de Saúde e publicitados nas unidades de saúde os cinco momentos para a higiene das mãos. Assim, a higienização das mãos deve ser realizada nas seguintes situações:

- Antes do contacto direto com o doente, para protegermos o doente dos microrganismos que transportamos nas mãos;
- Antes de procedimentos assépticos, ou seja antes de qualquer procedimento que envolva o contato direto ou indireto com mucosas, pele, solução de continuidade, dispositivo médico, invasivo ou equipamentos, para protegermos o doente dos microrganismos que transportamos nas mãos e dos microrganismos da sua própria flora;
- Após risco de exposição a fluídos orgânicos, independentemente do uso ou não luvas, para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente;
- Após contato com o doente, quando se abandona o ambiente envolvente do mesmo, para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente;
- Após o contato com o ambiente envolvente do doente, quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente, após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente, de forma a proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

⁴ World Alliance for Patient Safety - <http://www.who.int/patientsafety/en/>>.

Existem outras recomendações emanadas pelo CDC (2007) no que respeita à higiene das mãos⁵:

- Evitar tocar desnecessariamente em superfícies próximas do doente para prevenir a contaminação das mãos limpas, ou transmitir microrganismos de mãos contaminadas para as superfícies (categoria IB/IC);
- Quando as mãos estão visivelmente sujas estas devem ser lavadas com água e sabão (categoria IA);
- Quando em contacto doentes com microrganismos de formas esporuladas (ex. *C. Difficile*), deve-se proceder à lavagem das mãos com água e sabão (categoria IB);
- Após a remoção de luvas (categoria IB);
- Se movermos as mãos de uma zona contaminada do corpo para uma zona limpa durante o atendimento de um doente (categoria II);
- Não se deve usar unhas artificiais ou extensores durante a prestação de cuidados (categoria IA);

Os profissionais de saúde devem remover adornos das mãos e pulso para procederem a uma correta higienização das mãos. Se os profissionais possuírem alguma lesão na pele a mesma deve estar coberta com adesivos impermeáveis para a prestação de cuidados.

Ao longo do estágio tive oportunidade de verificar a importância que os profissionais de saúde da ULSM atribuem à higiene das mãos é muito elevada tendo a perfeita consciência da sua relevância para a prevenção das IACS. Os produtos de higienização das mãos estão disponíveis em ponto de cuidado de saúde e ao alcance das mãos dos profissionais de saúde não havendo necessidade de deixar a zona do doente (o limite recomendado é de dois metros), em cada unidade estão presentes lavatórios para a lavagem das mãos. Desta forma, estão presentes os indicadores de estrutura para que seja possível a prática correta da higienização das mãos. Os indicadores de processo estão adequados possuindo na infraestrutura hospitalar todo o material, equipamento e produtos necessários para boas práticas na higiene das mãos durante os cuidados, sendo eles a disponibilidade da solução antisséptica de base alcoólica para a higiene das mãos

⁵ Recomendações relativamente à higienização das mãos- *Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão in DGS 2007*

em todos os pontos de cuidados de saúde, fornecimento de água corrente limpa e taxa de lavatório/cama de pelo menos 1:10, com sabão e toalha de uso único em cada lavatório. Ao tomar conhecimento e ao verificar que comprimento destas orientações pela ULSM abriu-me os horizontes de forma a perceber que muitas vezes o desconhecimento leva a procedimentos incorretos por parte dos profissionais de saúde. Estas situações são, na sua maioria, fáceis de resolver e sem necessidade de grandes recursos económicos. Os profissionais da CCI estão sempre atentos a estas questões e empenham-se na resolução dos problemas sempre que verificam alguma incorreção.

No dia 7 de Março de 2012 tive a oportunidade de assistir à divulgação dos resultados, em auditório, da Campanhã da Higiene das Mãos da ULSM relativamente aos anos 2009/2010/2011 realizada pela CCI, tendo como destinatários todos os profissionais. Pude verificar a importância da formação para o aumento da adesão dos profissionais e a importância da divulgação dos resultados para envolver os profissionais nesta questão. Através dos resultados apresentados verificou-se um aumento do consumo de SABA no ano de 2009 e nos anos seguintes um decréscimo facto que pode estar relacionado com o surto de Gripe A. Nessa altura os profissionais e os doentes adquiriram bons hábitos que ainda hoje mantêm. De uma forma transversal a todos os serviços verificou-se que o 1º e 5º momento são os mais esquecidos pelos profissionais. Nos dias que se seguiram à formação houve uma grande solicitação dos enfermeiros dos serviços, nomeadamente chefes e elos de ligação, junto da enfermeira responsável pela CCI no sentido de perceber os resultados e mudanças na prática necessárias para a melhoria contínua da qualidade. Toda a formação, esclarecimento, sugestões e em alguns casos apoio na elaboração da formação ser dada nos diferentes serviços foi dada pela enfermeira responsável pela CCI.

No dia 4 de Maio de 2012 comemorou-se o Dia Mundial da Higiene das Mãos, as comemorações nesse dia foram em Lisboa e os profissionais da CCI elaboraram um trabalho sobre a Campanhã das mãos na ULSM que foram apresentar em forma de comunicação. A comemoração nas instituições foi realizada no dia 07 de Maio de 2012, este dia foi organizado pelos profissionais da CCI com a minha colaboração.

A divulgação da comemoração aos profissionais da ULSM foi realizada via email juntamente com o programa para o dia. No próprio dia passaram no plasma da instituição e nos computadores filmes alusivos ao dia e foram criadas três

bancas para a disposição do material. No plasma foi exibido continuamente vários filmes alusivos aos momentos da higiene das mãos e à sua importância. Estavam expostos pósteres e material didático incluindo os realizados para o dia de forma de divulgar os resultados da campanha dos anos anteriores.

Figura 1: Campanhã da Higiene das mãos - banca nº1



Os profissionais eram incentivados a utilizar o aparelho disponível para visualizar a higienização das mãos através da utilização de SABA com produto de contraste. O produto de contraste consegue identificar os pontos das mãos em que não foi efetuada a correta desinfecção. Os profissionais foram incentivados a aderir e foi efetuada a respetiva formação conforme os resultados obtidos. Esta dinâmica foi muito interativa e formativa uma vez que os próprios profissionais conseguiam identificar quais os pontos mais vulneráveis na sua higienização das mãos. Podemos verificar que existem profissionais que utilizam adornos e que as unhas de gel estão presentes numa pequena minoria.

Figura 2: Campanhã da Higiene das mãos - banca nº2 e nº3



Estas campanhas são muito importantes para os profissionais se sentirem envolvidos nas temáticas e consequente adoção de boas práticas.

Figura 3: Campanhã da Higiene das mãos - Cartaz da divulgação dos resultados anos 2009-2011



As fotografias utilizadas foram gentilmente cedidas pela Sr^a Enfermeira Fernanda Vieira da CCI da ULSM.

Equipamento de proteção individual

Nas precauções básicas, como já foi referido, estão incluídos os EPI que devem ser utilizados pelo profissional de saúde tendo em conta o contato que prevê. Nos EPI inserem-se as luvas, bata, avental de plástico, máscara ou respirador e proteção ocular. Na utilização das EPI estão definidas nas guidelines⁶ de isolamento do CDC (2007) as seguintes recomendações:

- Evitar a contaminação da roupa durante a utilização do EPI (categoria II);
- Antes do afastamento da unidade do doente ou antes de sair do quarto deve remover o EPI (categoria IB/IC);
- Usar luvas quando se prevê a possibilidade de existir contato com fluidos biológicos e locais ou materiais contaminados (categoria IB/IC);
- O uso de luvas deve adaptar-se ao tamanho das mãos e à durabilidade da tarefa (categoria IB);

⁶ Guideline for Isolation Precautions:
<http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007isolationprecautions.html>

- Trocar de luvas do local durante o atendimento de um doente do um local do corpo contaminado para um local do corpo limpo (categoria II);
- Usar bata para proteger a pele e a roupa sempre que se preveja contato com salpicos de fluidos biológicos, roupa e materiais contaminados (categoria IB/IC);
- Usar bata para o contato direto com doente que expele secreções de uma forma não contida (categoria IB/IC);
- Remover a bata antes de deixar o ambiente do doente e higienizar as mãos (categoria IB/IC);
- Não utilizar batas mesmo para contactos repetidos com o mesmo doente (categoria II);
- A rotina de vestir a bata à entrada numa unidade de alto risco não é indicada (categoria IB);
- O uso de máscara, proteção ocular e proteção da face deve ser utilizado de acordo com o procedimento a efetuar de forma a proteger os olhos, nariz e boca (categoria IB);

Higiene respiratória

Na precaução básica higiene respiratória deve existir educação dos profissionais de saúde sobre a importância das medidas de controlo para conter as secreções respiratórias de forma a evitar as gotículas de água e a propagação de microrganismos (categoria IB). Durante os períodos de aumento de prevalência das infeções respiratórias na comunidade, aquando da entrada desses doentes nas unidades de saúde deve ser fornecido uma máscara (categoria IB).

Localização do doente

Quando decidimos a localização de um doente na unidade de saúde devemos ter presente o seu potencial de transmissão cruzada. Os doentes com maior risco de transmissão de microrganismos devem ser colocados num quarto individual (categoria IB).

Estas recomendações são seguidas pela ULSM, embora isto nem sempre seja possível pelo número limitado de quartos individuais. Foram definidos alguns critérios pela CCI a serem considerados na localização do doente que necessita de isolamento que passo a descrever:

- no **isolamento estrito** são prioritários os doentes com indicação para precaução de gotícula, os doentes que possuem condições que facilitam a transmissão de microrganismos e os doentes que não têm capacidade de colaborar nas indicações solicitadas;

- se for necessário os doentes podem ser agrupados pelo mesmo agente identificado na mesma enfermaria, chamado **isolamento de coorte**;

- quando nenhuma das situações anteriores é possível, o doente deve ser colocado na cama mais próxima da janela, com separação de uma barreira física através da cortina.

Controlo ambiental

O controlo do ambiente e a sua relação com o risco de infeção, dependem de diversas variáveis: tipo de procedimentos; suscetibilidade do hospedeiro; comportamento dos profissionais; nível de limpeza desinfeção/esterilização dos dispositivos médicos; nível de higienização do ambiente⁷. O ambiente hospitalar engloba o ambiente animado (doentes, visitas, pessoal de saúde), ambiente inanimado (ar, água, alimentos, equipamentos, materiais clínicos e não clínicos, medicação, superfícies, roupa e resíduos).

A limpeza constitui um elemento primário que pretende interromper a cadeia epidemiológica da infeção removendo a maior parte dos microrganismos. Fernandes (2000) refere que a limpeza hospitalar constitui o processo de remoção de sujidade mediante a aplicação de energia química (ação dos produtos), mecânica (ação física) ou térmica (ação do calor) durante um determinado período de tempo.

A limpeza apresenta quatro funções fundamentais: remoção da sujidade visível, remoção e /ou destruição dos microrganismos, controlo de disseminação da contaminação biológica e química e remoção completa de substâncias

⁷ *Higienização do ambiente nas unidades de saúde - recomendações de boa prática in DGS 2007.*

patogênicas. A descontaminação é o processo que permite reduzir a quantidade de resíduos e microrganismos presentes. A desinfecção é um processo que possibilita a destruição da maior parte dos microrganismos patogénicos, por ação térmica ou química. Os procedimentos de limpeza, descontaminação e desinfecção em meio hospitalar devem ser realizados por pessoal devidamente competente e formado, de forma a distinguir o tipo de limpeza a realizar de acordo com a situação em questão.

A manutenção das instalações físicas é um aspeto fundamental para se proceder a uma adequada higienização ambiental, pois a degradação das mesmas leva ao impedimento da limpeza. Com o objetivo de contribuir para a melhoria dos serviços de limpeza nas unidades de saúde, medidas essas que são essenciais no controlo da qualidade dos serviços de limpeza nas unidades de saúde, as instituições devem instituir métodos de boas práticas de higienização do ambiente. Em superfícies limpas e secas é vulgar isolar-se bacilos esporulados aeróbios que correspondem a uma ecologia ambiental harmoniosa. Os bacilos gram negativo podem proliferar em locais húmidos ou meios líquidos e constituir uma fonte importante de infeção. Este princípio fundamenta a importância de manter o ambiente limpo e seco e de remover rapidamente os derrames e salpicos de líquidos e de matéria orgânica, assim como, a eliminação do ambiente da presença de panos e materiais de limpeza molhados.

A DGS (2007) emanou recomendações de boas práticas na higienização do ambiente nas unidades de saúde e a classificação das áreas hospitalares quanto à limpeza. Relativamente às áreas hospitalares quanto à limpeza são definidas quatro zonas.

A zona A é considerada uma área sem contacto com doentes onde é realizada uma limpeza doméstica normal (gabinetes, biblioteca). A zona B é área de doentes sem infeção, na limpeza desta área é utilizada água e detergente. Na zona C são encontrados doentes com infeção, procede-se à limpeza com solução detergente/desinfetante utilizando o equipamento de limpeza individual para cada quarto. A zona D é considerada a área de doentes altamente suscetíveis (isolamento de proteção) ou áreas protegidas, como salas de operações, salas de parto, cuidados intensivos, neonatologia, salas de traumatologia ou unidades de hemodiálise, onde a limpeza é preconizada com solução detergente/desinfetante e equipamento de limpeza individual para cada área.

No dia 7 de Fevereiro de 2012 realizei uma visita às estruturas físicas e resíduos com a Sr^a Enf^a Fernanda Vieira, pude verificar toda a dinâmica no que

concerne aos circuitos dos limpos e sujos e ao cumprimento de boas práticas adotado pelos profissionais da instituição. A CCI define os diversos circuitos de modo a assegurar o nível de higienização adequada do ambiente e dos dispositivos médicos, artigos e equipamentos na instituição. Cada unidade de saúde deve estabelecer políticas e procedimentos para a rotina e limpeza do ambiente de acordo com o nível de contato com o doente e grau de sujidade (categoria II).

Durante os processos de limpeza devem ser utilizadas EPI onde se incluem luvas de proteção borracha ou ménage ou nitrilo (constituem barreira de defesa eficaz nos contactos prolongados com líquidos e desinfetantes), avental por cima da farda, se houver perigo de salpicos deve ser utilizada bata de proteção, máscara com viseira ou óculos de proteção (categoria IB/IC). Os princípios gerais de limpeza utilizados pela ULSM estão de acordo com as recomendações efetuadas pela DGS no documento referido anteriormente. A ULSM tem protocolada a higiene hospitalar no SGQ que se encontra ao acesso dos profissionais da instituição, as recomendações incluem:

- a utilização de materiais de limpeza exclusivos;
- a limpeza deve ser efetuada das zonas mais limpas para as zonas mais sujas;
- a limpeza deve ser iniciada pelas paredes, seguindo-se o mobiliário e equipamento e por último o chão;
- o detergente utilizado para limpeza destas superfícies não deve conter desinfetante;
- as superfícies verticais e tetos não precisam de ser lavados diariamente, devem sê-lo sempre que estiverem sujos ou em programa regular a combinar com a empresa concessionária de limpeza, na ULSM é a empresa Vadeca;
- as superfícies horizontais devem ser limpas todos os dias;
- devem ser excluídos dos materiais de limpeza os métodos que levantam pó;
- a limpeza do pó deve ser sempre efetuada por meios húmidos, recorrendo a uma pano embebido em água e detergente, com o objetivo de remover o pó e a sujidade e este pano deve ser enxaguado na passagem de uma estrutura para outra e da unidade de um doente para outro;

O sistema adotado é o sistema de duplo balde que é constituído por um balde de cor azul, devendo conter água e detergente, e um balde de cor vermelha que deve conter apenas água. No processo de limpeza depois de ser passado o chão a esfregona deve ir primeiro ao balde vermelho para remover a sujidade e só depois passar para o balde azul. O método de limpeza e produtos utilizados são sempre iguais em qualquer área do hospital sejam estas de risco ou não, o que

varia é a frequência de limpeza tendo em conta a especificidade dos serviços e suscetibilidade dos doentes;

- Os panos devem ser enxaguados entre cada estrutura;
- Por cada área (enfermarias, copas, refeitórios) os materiais de limpeza devem ser exclusivos, com o intuito de evitar redistribuição cruzada de microorganismos nas superfícies, para isso são utilizados panos de cores diferentes. O pano de limpeza verde é utilizado para a limpeza de copas das unidades de saúde, o pano de limpeza vermelho é utilizado na limpeza de sanitas e urinóis, o pano de limpeza azul é utilizado para a limpeza de pó em superfícies horizontais à exceção das copas, o pano de limpeza amarelo é utilizado nas casas de banho à exceção das sanitas e urinóis e o pano de limpeza branco é utilizado para a higienização das camas;
- Após a utilização o material de limpeza deve ser lavado em água quente corrente e detergente e colocado em seguida em posição de secagem (os panos devem ser estendidos para que sequem, os baldes devem ser voltados com a abertura para baixo para que escorram). As cabeças das esfregonas não devem ser mergulhadas na água, devem ser colocadas para cima e lavadas diariamente em máquina. As luvas de “ménage” devem ser lavadas pelo exterior antes de serem removidas, em seguida devem ser lavadas no seu interior, posteriormente colocadas a secar;
- Não utilizar nenhum produto de limpeza desconhecido, sem se informar primeiro do seu efeito e modo de aplicação. Nunca misturar produtos, porque podem tornar-se tóxicos, inativados ou danificar as superfícies;
- Todas as superfícies limpas devem ficar bem secas;
- As torneiras são colonizadas, o que constitui um risco acrescido de contaminação das mãos e da água, pelo que devem ser limpas regularmente do bico para trás;
- Na limpeza de matéria orgânica derramada em salpicos ou derrames inferiores a 30 ml, deve-se aplicar grânulos de isocloroisocianurato de sódio (Presept - grânulos) e deixar que o líquido seja totalmente absorvido; utilizar toalhetes de papel para remover os grânulos; lavar a superfície com água e detergente. Nos derrames superiores a 30 ml, as indicações são para substituir os grânulos por solução dicloroisocianurato de sódio pastilhas, na concentração de 1% (1 pastilha de 2,5g em 5 L de água) e colocar sobre o produto derramado, toalhetes embebidos nesta solução, durante 2 minutos. Em seguida lavar com água e detergente. O tempo de contacto (2 minutos) deve ser respeitado, com tempo a

menos o produto não é eficaz e com tempo a mais deteriora as superfícies ou pavimentos.

No decurso do estágio e sempre que visitava os serviços pude aperceber-me da importância que os profissionais atribuem à questão da higienização. Os serviços estão sempre limpos, arrumados, os corredores desimpedidos, os stocks estão devidamente organizados para facilitar a respetiva limpeza. Os planos de higienização estão devidamente montados e os profissionais conhecem devidamente as suas recomendações. Na ULSM os planos de higienização são definidos pelos serviços hoteleiros requerendo a colaboração da CCI.

Portanto, face a estas medidas de boas práticas e enquanto enfermeiros temos que estar conscientes para importância de manter a higienização na unidade de saúde de acordo com as políticas do hospital e as boas práticas de enfermagem.

Resíduos hospitalares

A importância da correta triagem dos resíduos é incluída na higienização do ambiente. A gestão adequada de resíduos hospitalares torna-se um desafio inadiável para as sociedades modernas pela sua complexidade e pela gravidade dos problemas relacionados com os mesmos. A gestão de resíduos, segundo o Decreto-Lei n.º 239/97, é entendida como o conjunto das «operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação dos resíduos, por forma a não constituir perigo ou causar prejuízo para a saúde humana ou para o ambiente», sendo atribuídas as responsabilidades dessa gestão aos produtores, designadamente às unidades de saúde, às quais é possibilitada a realização de acordos com as autarquias ou com empresas devidamente autorizadas.

Tendo em conta o mesmo Decreto-Lei, para a gestão eficaz dos resíduos é necessário definir uma estratégia que facilite a implementação de medidas necessárias e à distribuição de recursos adequados às prioridades identificadas. Desta forma, uma boa gestão de resíduos hospitalares inclui:

- a identificação e classificação dos tipos de resíduos tendo em conta a fonte produtora ou sectores e serviços envolvidos;
- a implementação de procedimentos de triagem, acondicionamento, transporte dos resíduos no interior das instalações hospitalares;

- a prevenção e minimização da produção de resíduos, principalmente os considerados perigosos;
- o encaminhamento dos resíduos para valorização (reutilização, reciclagem), sempre que possível;
- providenciar que o manuseamento, recolha e tratamento sejam apenas efetuados por pessoas devidamente formadas.

A recolha, o transporte externo, o tratamento e destino final dos resíduos dos Grupos III e IV produzidos pelas unidades hospitalares devem ser realizados por empresas devidamente licenciadas. Uma triagem correta de resíduos reduz o risco de acidentes para o pessoal, doentes e visitas, protege o ambiente e reduz os custos.

De acordo com o despacho nº 242/96 os resíduos hospitalares são objeto de um tratamento diferenciado e adequado conforme o grupo a que pertencem. O grupo I e II são considerados resíduos não perigosos e grupo III e IV inserem-se os resíduos considerados perigosos. Nos resíduos do grupo I e II deve ser prevista a separação dos mesmos de forma a permitir a reciclagem, nomeadamente do papel, cartão, vidros, metais ferrosos, películas de raio X, pilhas, baterias e mercúrio.

A triagem e acondicionamento dos resíduos devem ter lugar no local de produção, devendo ser identificados de forma clara tendo em conta a sua origem. Os resíduos do grupo I e II devem ser identificados com cor preta. Os resíduos de grupo III devem ser utilizados recipientes de cor branca e com identificação de risco biológico. Os resíduos do grupo IV devem ser colocados em recipientes de cor vermelho, com a exceção de materiais cortantes e perfurantes, estes devem ser acondicionados em recipientes inquebráveis e não furáveis. Os contentores utilizados no armazenamento dos resíduos hospitalares devem ser facilmente manuseáveis, resistentes, estanques, capacidade para se manterem hermeticamente fechados, ser laváveis e desinfetáveis.

Cada unidade de saúde deve ter um plano adequado à sua dimensão, estrutura e à quantidade de resíduos produzidos, devendo ser criado um circuito que seja operacional e de menor risco para os trabalhadores, doentes e restante pessoal. Os contentores dos resíduos de grupo I e II devem estar em local distinto relativamente aos do grupo III e IV, com a respetiva sinalização. Os locais de armazenamento devem ter as condições estruturais e funcionais adequadas ao acesso e limpeza fáceis.

No Manual de Controlo de Infecção (2003) realizado pela Comissão de Controlo de Infecção da Hospital Pedro Hispano estão explanadas todas as orientações no que concerne às medidas gerais de higiene onde se inserem os resíduos hospitalares. As orientações definidas sobre a classificação, triagem, manipulação, armazenamento, recolha e transporte dos resíduos hospitalares têm por base o Decreto - lei 239/97 do Ministério do Ambiente e o Plano estratégico nacional de resíduos hospitalares, Despacho Conjunto 761/99 do Ministério do Ambiente. A ULSM desenvolveu uma tabela relativamente à triagem de resíduos hospitalares para que os profissionais possam contribuir para uma correta triagem dos resíduos hospitalares. A tabela que se segue foi adaptada da tabela referida anteriormente.

Tabela 1: Triagem de resíduos hospitalares (adaptado do Manual CCI ULSM,2003))

Triagem de resíduos hospitalares			
Grupo I Resíduos equiparados a urbanos (não apresentam exigências especiais no seu tratamento)	Grupo II Resíduos hospitalares não perigosos (não estão sujeitos a tratamentos específicos e podem ser equiparados a urbanos)	Grupo III Resíduos hospitalares de risco biológico (são resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré - tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano)	Grupo IV Resíduos hospitalares específicos (resíduos de incineração obrigatória)
<p>-Resíduos provenientes dos serviços gerais (como de gabinetes, salas de reuniões, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.);</p> <p>-Resíduos provenientes de serviços de apoio (oficinas, jardins, armazéns, etc.);</p> <p>-Embalagens e invólucros comuns (papel, cartão, etc.);</p> <p>-Resíduos da hotelaria e restos de alimentos servidos aos doentes e que não se incluem no grupo III.</p>	<p>- Material ortopédico não contaminado e sem vestígios de sangue;</p> <p>- Fraldas e resguardos não contaminados e sem vestígios de sangue;</p> <p>- EPI utilizado nos serviços gerais e de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos;</p> <p>- Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e ou comum, com a excepção dos incluídos no grupo III e IV;</p> <p>- Frascos de soros não contaminados com a excepção dos incluídos no grupo IV.</p>	<p>- Resíduos provenientes de quartos doentes infecciosos ou suspeitos, unidades de hemodiálise, bloco operatório, salas de tratamento, salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, exceto resíduos do grupo IV;</p> <p>-Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;</p> <p>-Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos;</p> <p>- Sacos coletores e fluidos orgânicos e respetivos dispositivos;</p> <p>-Material ortopédico contaminados,</p> <p>-Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;</p> <p>- EPI</p>	<p>-Peças anatómicas, fetos e placentas;</p> <p>-Cadáveres de animais de experiência laboratorial;</p> <p>-Materiais cortantes e perfurantes;</p> <p>-Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando sujeitos a legislação específica;</p> <p>-Citostáticos e todo o material utilizado na preparação e administração.</p>

Nas recomendações gerais de boas práticas de resíduos hospitalares incluiu-se ainda encher os sacos até $\frac{3}{4}$ da sua capacidade para poderem ser fechados em segurança, identificação dos sacos de acordo com a fonte e não devem ser colocados no chão, nem arrastados. Na manipulação dos resíduos devem ser usados métodos - barreira, não devem ser colocadas as mãos dentro dos sacos do lixo e estes não devem ser comprimidos.

No manual de controlo de infeção da instituição estão devidamente definidos todos os princípios e circuitos utilizados dos resíduos produzidos pela ULSM. No documento estão referenciados os princípios gerais para os resíduos que aguardam a respetiva recolha, estes devem estar acondicionados em sacos, de acordo com o código de cores referido anteriormente, identificados e colocados em contentores de transporte em locais de armazenamento referidos pelos respetivos serviços. O transporte dos resíduos deve ser realizado em carro próprio e com a tampa devidamente fechada. No que respeita aos resíduos do Bloco Operatório e Sala de Partos os mesmos devem descer no monta - cargas da Central de Esterilização até ao piso -1, sendo posteriormente transportados em carro até ao piso -2.

Os circuitos no hospital referem que os resíduos do Grupo I e II, após o respetivo fecho dos sacos devem ser transportados para o local de depósito e colocados nos contentores de tampa de cor laranja. Os resíduos de Grupo III devem ser colocados nos contentores de cor branca existentes na sala de sujos. Nos laboratórios e bloco operatório estes resíduos estão colocados em contentores de cor amarela. Os resíduos do Grupo IV são colocados na sala dos sujos nos contentores de cor vermelha, na maioria dos serviços estes resíduos resumem-se a contentores de cortantes e perfurantes. No caso de resíduos radioativos estes ficam em quarentena no serviço de Imagiologia, até que a radiação emitida diminua e seja seguro a sua manipulação.

Os funcionários de limpeza fazem o transporte dos resíduos dos locais de produção até ao depósito central que se localiza no piso -2, devendo utilizar-se exclusivamente os elevadores 6 e 7 (identificados com a banda vermelha e apenas acessíveis com a chave). Estes funcionários devem usar avental e luvas vermelhas. Os contentores dos Grupos I e II devem ser colocados no depósito exterior, os contentores dos Grupos III e IV devem ser colocados no depósito interior e depois colocados no exterior em contentor refrigerado.

Os resíduos dos Grupos I e II após compactação devem ser transportados pelos serviços camarários até à Lipor 2, para posterior incineração para produção de energia elétrica. Os resíduos III são recolhidos pelos SUCH (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais) cujo destino é a autoclavagem e posterior deposição em aterro sanitário. Os resíduos do Grupo IV são igualmente recolhidos pelos SUCH e o seu destino é a incineração. Os resíduos são recolhidos entre as 8 e 9 horas, entre as 14 e 15 horas e entre as 18 e 19 horas. A periodicidade de recolha para o exterior no caso dos Grupos I e II é efetuada em dias alternados uma vez que existe compactador, o Grupo III e IV é recolhido duas vezes por semana a partir do contentor refrigerado. A lavagem dos contentores de transporte é realizada diariamente no piso -2 (Grupo I e II- entre as 8 e as 9 horas; Grupo III entre as 18 e 19 horas), os puxadores, tampas e rodas são limpos entre as 14 a as 14h30m. Após serem lavados os contentores de resíduos são transportados pelos funcionários devidamente identificados com avental e luvas verdes.

Relativamente ao circuito dos resíduos dos Centros de Saúde a empresa de recolha é a mesma que opera no hospital, sendo o destino dos resíduos o mesmo. Os Grupos I e II são colocados em contentores camarários existentes junto a cada um dos Centros ou Unidades de Saúde, sendo recolhidos diariamente. Os resíduos do Grupo III são colocados em contentores amarelos e os de Grupo IV são colocados em contentores vermelhos, em ambos os casos são fechados com aloquete de segurança. Após a manipulação dos resíduos hospitalares os funcionários têm orientações definidas para a remoção correta do EPI e procedimento da correta lavagem das mãos.

A instituição adota também a reciclagem de papel (enviado para o piso -1), de pilhas (enviado para o aprovisionamento), películas de raio X (enviadas para o aprovisionamento, sendo estas posteriormente oferecidas à AMI), tinteiros e toners. O papel proveniente de documentos confidenciais do Conselho de Administração e entregue a uma firma que sob o compromisso escrito de confidencialidade o destrói e envia posteriormente para a reciclagem. A CCI integra o Grupo de Gestão dos Resíduos (GGR) e acompanha a SUCH na observação de todos os circuitos. O GGR define os circuitos a utilizar divulgando toda a informação sobre os procedimentos adequados através de email pelo Global.

O Global é um email comum a todos os funcionários da ULSM onde é divulgada toda a informação importante com a respetiva aprovação do Conselho

de Administração. Posteriormente são realizadas auditorias à Triagem e Gestão de Resíduos pelo GGR e realizados os respetivos relatórios das auditorias. Nos relatórios são sugeridas melhorias, sendo enviados para os respetivos serviços.

A CCI faz a articulação com o Centro de Formação no sentido de realizar ações de formação sobre a temática. A CCI programa auditorias internas às práticas e estruturas mais relevantes para a prevenção e controlo da IACS, monitorizando o cumprimento das recomendações de boas práticas.

O grau de exigência mantém-se num nível elevado por uma questão de concretização pessoal e institucional, no sentido da obtenção da excelência da qualidade, aumentando o grau de satisfação tanto dos utentes como dos funcionários. A verificação desta qualidade é efetuada interna e externamente de forma anual. Existe um planeamento anual de auditorias a realizar na ULSM onde se incluem auditoria ao controlo de infeção, à triagem de resíduos e ao cumprimento do plano de higienização.

Nos dias 8 e 17 de Maio de 2012 acompanhei auditorias internas realizadas pela Sr^a Enf^a Fernanda Vieira (CCI), Sr^o Engenheiro Rui (SUCH) e pela Sr^a Engenheira Sara (Vadeca).

Segundo Teixeira (2006, p.4), uma auditoria pode ser definida como:

“ um processo de investigação sistemático em que são obtidas e analisadas evidências suficientes que permitam ao auditor pronunciar-se sobre a conformidade de uma situação vigente com os critérios de comparação selecionados e comunicar os resultados aos utilizadores interessados”.

As auditorias que acompanhei foram realizadas no Serviço de Esterilização, no Serviço de Cuidados Intensivos Médicos, na Consulta Externa de Pediatria, na Farmácia, na Rouparia, no Aprovisionamento, na Medicina Física e Reabilitação e no Centro de Formação. As auditorias observadas enquadram-se no âmbito da avaliação de processos tendo como objetivos identificar procedimentos incorretos relativos à triagem de resíduos, cumprimento do plano de higienização, cumprimento de boas práticas e identificação de situações de risco na área de controlo de infeção. A metodologia utilizada foi o recurso à observação direta, com o registo de fotografias. A avaliação foi orientada, fundamentalmente, pelos procedimentos definidos na instituição.

Durante a auditoria são registadas as não conformidades e são efetuados ensinamentos junto dos profissionais sobre as recomendações de boas práticas. No final das auditorias são realizados os respetivos relatórios dando conhecimento aos serviços sobre a existência de situações de não conformidades fornecendo orientações para a resolução dos problemas. É de salientar que fruto das sugestões do relatório da auditoria do ano anterior o serviço da Farmácia foi remodelado e não apresentou não conformidades este ano.

Esta experiência foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional pois fez-me relacionar os conceitos aprendidos e fomentou a reflexão sobre os mesmos na análise aos diferentes serviços.

Roupa Hospitalar

Para terminar a reflexão sobre o controlo ambiental tenho que abordar a roupa hospitalar. A lavandaria hospitalar é um dos serviços de apoio e atendimento responsável pelo processamento da roupa e a sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas as unidades do hospital. A eficácia do funcionamento da lavandaria hospitalar é de extrema importância uma vez que se reflete em aspetos fundamentais da dinâmica hospitalar, nomeadamente, prevenção e controlo de infeção, segurança dos doentes e profissionais de saúde, racionalização de tempo e material e redução dos custos operacionais.

As roupas hospitalares representam todo e qualquer material de tecido utilizado dentro de hospitais e que necessitam passar por um processo de lavagem e secagem para sua reutilização. As roupas hospitalares incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes e roupas de funcionários, panos de limpeza. A grande variedade de origem da roupa pode ter diferentes utilizações, sujidade e contaminação.

O processamento das roupas hospitalares abrange todas as etapas, desde a sua utilização até ao seu retorno em condições ideais de utilização. Estas etapas são geralmente classificadas em seleção, acondicionamento, coleta e transporte da roupa suja utilizada nos diferentes setores do hospital; receção e lavagem da roupa suja na lavandaria, secagem da roupa limpa, separação e transporte da roupa limpa da lavandaria para os diversos setores do hospital, armazenamento e controle de stock da roupa limpa nos setores do hospital. Neste processo podem estar incluídas a confecção e o restauro das roupas.

A lavanderia hospitalar tem o objetivo principal transformar toda a roupa suja ou contaminada utilizada no hospital em roupa limpa. Este processo é extremamente importante para o bom funcionamento do hospital em relação a assistência direta ou indireta prestada ao paciente. O processamento de roupas dentro dos hospitais deve ser dirigido para que a roupa não represente um veículo de infecção ou contaminação aos pacientes e trabalhadores. A falta de critérios na separação da roupa suja leva a dispersão de aerossóis pode contaminar todo o ambiente circundante. Assim, torna-se necessário que a realização da planta física de uma lavanderia hospitalar obedeça a aspetos fundamentais do controlo de infecção, nomeadamente a instalação da barreira de contaminação separando a área limpa da área suja.

A área suja é a área contaminada, utilizada para a separação e lavagem da roupa suja. A área limpa é utilizada para acabamento e empacotamento da roupa limpa. Esta barreira de contaminação só será realmente eficiente se existirem as máquinas de desinfecção, com duas portas de acesso, uma para a área dos limpos e outra para os sujos.

Na ULS Matosinhos o tratamento da roupa é da responsabilidade da lavanderia da empresa SUCH que se responsabiliza pela gestão e tratamento da roupa, a mesma localiza-se junto ao Hospital Magalhães Lemos. No dia 3 de Abril de 2012 foi realizada visita à lavanderia com a Enf^a Fernanda Vieira, no local foi acompanhada por um elemento da empresa SUCH. No que concerne ao espaço físico a lavanderia é dividida em duas áreas distintas, área suja e área limpa, sendo separadas por uma barreira física que comunica por uma porta que está sempre fechada.

A empresa operacionaliza a recolha e transporte da roupa suja da ULS Matosinhos até à lavanderia. O transporte é realizado em carrinhas próprias da empresa, acondicionadas em sacos com a identificação dos locais de origem e em carrinhos próprios para o transporte de roupa. As carrinhas à chegada com a roupa suja acedem à lavanderia pelo portão de acesso localizado na área dos sujos, sendo retirados os carrinhos de transporte da roupa. Os funcionários da lavanderia retiram a roupa dos carrinhos fazendo a respetiva inspeção e separação da mesma. Os profissionais têm presente que a roupa suja deve ser manuseada com cuidado para não ocorrer a dispersão de aerossóis. Os carrinhos de transporte da roupa passam por uma máquina que efetua a desinfecção dos mesmos e a porta de saída é automaticamente na área dos limpos. A visita à lavanderia foi registada também através de fotografia cuja autorização foi gentilmente cedida pelo responsável da SUCH- Lavanderia.

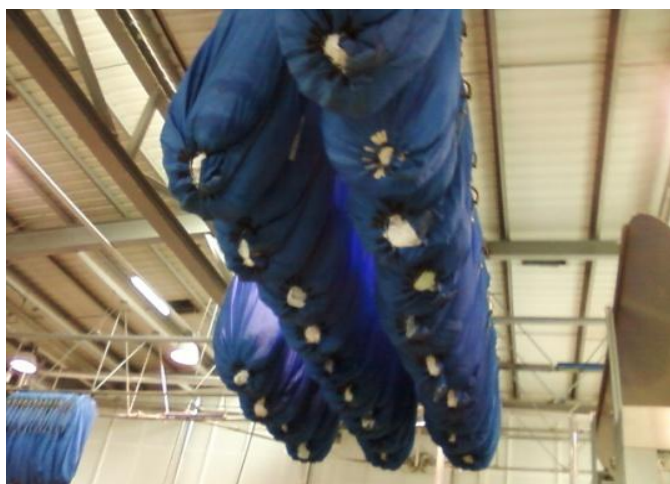
Figura 4: Carro do transporte roupa



Existem uns contentores onde são colocados os materiais que indevidamente são transportados na roupa (material de pequena cirurgia, socas de profissionais, aparadeiras, urinóis, cabos de monitorização de saturação O₂, entre outros).

Terminada esta etapa a roupa é colocada em sacos de grandes dimensões, cada saco tem a respetiva designação de acordo com o tipo de roupa fazendo os diferentes percursos. A roupa dos profissionais de saúde é processada separadamente. A roupa é depositada automaticamente dentro das máquinas de lavar, tendo já pré definido o ciclo de lavagem e o tipo de detergente adequado. As máquinas de lavar têm uma capacidade de aproximadamente 150Kg.

Figura 5: Transporte da roupa suja na lavandaria



O material utilizado na limpeza do chão é processado em máquina própria para o efeito. A roupa mais delicada é lavada numa máquina de lavar do tipo doméstico.

Depois do ciclo de lavagem a roupa é prensada para reduzir o volume, e é transferida para a máquina de secar. Os lençóis são secos parcialmente, passando de imediato para uma máquina que os engoma e ao saírem estão dobrados. Os funcionários fazem a recolha dos mesmos e a respetiva separação. Na zona dos limpos existe um sector onde é realizada a engomadoria da roupa dos profissionais.

Figura 6: Máquina de passar os lençóis



Figura 7: Zona dos limpos



Durante a visita foram observados alguns materiais, enviados de outros locais, para os quais a empresa não assegura a realização de uma correta limpeza, nomeadamente colchões de espuma.

A roupa limpa é indispensável ao funcionamento eficiente de um hospital. Como resultado final do processamento da roupa hospitalar pretende-se a redução da contagem microbiana para níveis aceitáveis, não representando e eliminação total dos microrganismos.

A CCI definiu algumas recomendações no que respeita à roupa, que incluem:

- O transporte da roupa em saco fechado;
- A roupa deve ser entregue no serviço pelo sistema de troca de carros;
- Os carros de transporte da roupa devem ser lavados periodicamente;
- Se a roupa for transportada em carro aberto, deve vir protegida com plástico para evitar deposição de poeiras;
- Deve-se lavar as mãos antes de manusear roupa limpa;
- A roupa não deve ser usada com tapete para absorção de líquidos ou impregnada de desinfetante;
- A roupa rota ou rasgada deve ser enviada à rouparia para reparação. Nunca deve ser rasgada para servir de trapo;
- A roupa limpa deve ficar arrumada, nos serviços, em carros fechados destinados a esse efeito;
- A roupa deve ser armazenada nos locais estabelecidos;
- A roupa suja deve ser manuseada com o mínimo de agitação para evitar a contaminação do ar e pessoas devendo ser usados métodos de barreira;
- Os sacos de roupa suja devem ser colocados em locais apropriados e nunca no chão;

- A roupa deve ser transportada para o depósito em carro fechado, devendo ser removido todo o material antes de ser colocada nos sacos.

O circuito da roupa limpa é realizado da rouparia para os diferentes serviços, através dos elevadores próprios para este fim (elevadores 4 e 5, identificados com barra verde), devendo seguir em carro fechado ou carro aberto protegido. A roupa suja deve seguir em carro fechado e em sacos de plástico destinados apenas à roupa suja. O circuito é feito dos diferentes depósitos de roupa suja até sala de receção da mesma no piso -1, através dos elevadores 6 e 7 (identificados com barra vermelha); os funcionários que transportam a roupa suja devem usar métodos - barreira (avental e luvas de cor vermelha). No HPH todos os contentores de transporte de roupa são lavados no piso -1 entre as 8 e as 9 horas; os contentores lavados são transportados por funcionários devidamente identificados com avental e luvas de cor verde. A roupa contaminada não precisa de ser separada pois toda a roupa é processada como contaminada.

Acidentes por picada/corte

Para terminarmos a análise das precauções básicas devemos referir as recomendações para a prevenção dos acidentes por picada/ corte que incluem:

- Depósito em contentor próprio do material cortante imediatamente após o uso pelo utilizador;
- A disposição dos contentores em local de fácil acesso e seguro para evitar deslocações inúteis e evitar que caiam contaminando o ambiente;
- Não se pode partir ou dobrar as agulhas antes ou após a sua utilização nem recolocá-las no invólucro protetor;
- As luvas não previnem os acidentes por exposição ao sangue mas devem ser usadas luvas para manipular os corto-perfurantes;
- Elaborar e divulgar nos grupos de profissionais de saúde normas de prevenção de acidentes por picada ou corte e para atuação pós-exposição;

Os profissionais devem ser incentivados ao cumprimento dos programas de vacinação contemplados no Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Para que os profissionais possam cumprir as precauções básicas, a farmácia, os serviços de aprovisionamento, instalações e equipamentos e

hoteleiros devem fornecer condições à aplicação adequada dos procedimentos definidos pela instituição.

A prestação de cuidados perspectiva a sua otimização ao doente e família, permitindo um elevado nível de satisfação concomitantemente aliada a uma satisfação pessoal e profissional conseguida por uma maior adaptação e autonomia no trabalho. Nas atividades desenvolvidas tive o cuidado de integrar os conhecimentos adquiridos na prática pessoal e profissional, do curso base e da formação pós-graduada através da interação com enfermeiros com saberes distintos e outros profissionais de saúde, tendo em vista a otimização e a consolidação dos conhecimentos.

De acordo com Benner (2001), inquestionavelmente com a experiência e o domínio adquiridos na excelência da prática clínica de enfermagem, a competência transforma-se e essa mudança conduz a uma melhor atuação transformando-se num enfermeiro perito.

A importância do MEMC foi consolidada não só durante a parte teórica do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas também durante o estágio profissional, pelos Enfermeiros da CCI, e percecionado pela observação, responsabilidade e reconhecimento atribuído pelos colegas e por outros grupos profissionais. O esclarecimento de dúvidas diminui os níveis de ansiedade, reforça conhecimentos, perspectiva a autonomia, a aquisição de competências é geradora de mudança para o aumento da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, levando a uma satisfação pessoal e profissional, perfilhando as orientações da qualidade institucional, por ser o motivador de mudança positiva.

De acordo com o 6º enunciado descritivo- **Organização dos cuidados de Enfermagem** definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pela OE (2001) o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. A OE enuncia elementos importantes para a organização dos cuidados de enfermagem, que incluem:

- o exercício profissional de enfermagem assenta num quadro de referências;
- o exercício profissional dos enfermeiros orienta-se para a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade;

- importa um sistema de registos de enfermagem que sistematize as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem, os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem;
- a qualidade do exercício profissional está em relação à satisfação dos enfermeiros;
- as dotações seguras de enfermeiros permitem fazer face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- uma política de formação contínua promove o desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados;
- a organização dos cuidados de enfermagem deve basear-se em metodologias promotoras da qualidade.

A exigência dos cuidados implica procedimentos de enfermagem sólidos pelo que compete ao enfermeiro especialista em EMC velar pelos cuidados prestados pelos enfermeiros e por outros elementos. Este aspeto necessita que durante a prática de enfermagem se crie e mantenha um ambiente de cuidados seguro, através de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, não só para segurança do doente, como também de todos os profissionais. Na maioria dos serviços de internamento a gestão do risco é realizada pelos enfermeiros, pois são estes profissionais que se encontram em maior número, têm formação neste âmbito, contribuindo de uma forma ativa para a organização dos cuidados prestados, diminuindo a existência de constrangimentos.

A interação estabelecida com a equipa facilitou o processo de integração e aprendizagem permitindo que fossem alcançadas e mobilizadas competências na capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar. Existiu com o enfermeiro supervisor e com os elementos da equipa, uma exploração recíproca de competências adquiridas no contexto do controlo de infeção, que promoveu a reflexão crítica diária sobre as mesmas, permitindo desenvolver a capacidade de transferir as competências adquiridas para o meu local de trabalho. Os conhecimentos e competências baseados em fundamentos teóricos e práticos que procuraram definir objetivos para o máximo de independência funcional, prevenir complicações e reforçar comportamentos de adaptação positiva. Penso que esta situação salienta o espírito globalizante, humanista e multidisciplinar, que caracteriza a atuação dos profissionais de saúde na CCI, só assim é possível o desenvolvimento de um processo com sucesso, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social que todos os doentes e profissionais têm direito.

No decurso do estágio foi-me sugerido pela Enfermeira tutora uma visita ao Serviço Central de Esterilização (SCE) a mesma foi realizada nos dias 31 de Janeiro e 1 de Fevereiro de 2012. O SCE da ULS Matosinhos localiza-se no piso -1 do Hospital Pedro Hispano, corpo Este, localizando-se numa área composta por serviços de apoio.

A DGS (2001) elabora o Manual de Normas e Procedimentos para um SCE. O SCE é caracterizado como uma unidade orgânico- funcional de apoio clínico, com autonomia técnica, recursos materiais e humanos próprios para realizar atividades inerentes ao processamento global dos dispositivos médicos reutilizáveis, sendo estes desinfetados ou esterilizados. As funções específicas de um SCE incluem a recolha e transporte dos dispositivos médicos contaminados e processados; lavagem, desinfecção e inspeção dos dispositivos médicos reutilizáveis; preparação e embalagem; esterilização e armazenamento de materiais processados no SCE.

Esterilização

Fernandes (2000) defende que a variedade de materiais utilizados nos estabelecimentos de saúde pode ser classificada segundo riscos potenciais de transmissão da infeção para o utente em três categorias: artigos críticos, artigos semicríticos e artigos não críticos.

Os artigos críticos destinam-se a procedimentos invasivos na pele e mucosas adjacentes, nos tecidos subepiteliais e no sistema vascular, assim como aqueles que estão diretamente conectados com este sistema - requerem esterilização (exemplo: agulhas, cateteres intravenosos, materiais de implante). Os artigos semicríticos, entram em contacto com a pele não íntegra (porém restritos à camada da pele) ou com mucosas íntegras, estes artigos requerem desinfecção de médio ou de alto nível, ou esterilização (exemplo: cânula endotraqueal, equipamento respiratório, espéculo vaginal, sonda nasogástrica). Os artigos não críticos são destinados ao contacto com a pele íntegra, não entram em contacto direto com o paciente, estes artigos requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (exemplo: termómetro, roupa da cama, bacias, estetoscópio). Apesar de não haver estudos conclusivos quanto à importância da transmissão de infeções hospitalares relacionadas a pisos, paredes, mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias, a limpeza e desinfecção da área são também estabelecidas em função do seu risco potencial.

Os diferentes ambientes que integram a planta física de uma instituição podem ser classificados em três áreas distintas: áreas críticas, áreas semicríticas e áreas não- críticas. As áreas críticas são aqueles onde os utentes têm depressão do sistema imunitário ou são áreas em que existe um risco aumentado de transmissão de infeções (exemplo: Bloco operatório, Sala de partos, Unidade de Cuidados Intensivos, Quartos de Isolamento, Unidade de Queimados, Sala de hemodiálise, Berçários de alto risco). As áreas semicríticas são todas aquelas que não têm doentes do foro infeccioso, ou com doenças infecciosas de baixa transmissão. As áreas não- críticas são as áreas hospitalares não ocupadas por doentes. Mas existem algumas áreas que apesar de serem consideradas não críticas, manipulam artigos ou medicamentos críticos (exemplo: farmácia na preparação de alimentação parentérica). Os estudos recomendam limpeza e desinfeção diária nas áreas críticas e semicríticas e limpeza nas áreas não críticas.

A limpeza dos artigos médico-hospitalares é um procedimento que consiste na remoção de sujidade e detritos para manter os artigos limpos, reduzindo a população microbiana. A limpeza deve preceder os procedimentos de desinfeção ou de esterilização, pois reduz a carga microbiana pela remoção da sujidade e matéria orgânica presentes nos materiais possibilitando o contacto indispensável entre o agente antimicrobiano e o material.

A descontaminação de artigos tem como finalidade reduzir o número de microrganismos presentes nos artigos contaminados por matéria orgânica (sangue, pus, secreções corpóreas), tornando o artigo seguro para o manuseio sem necessidade de medidas de proteção individual. São utilizadas duas técnicas básicas: limpeza por processo físico na qual se utiliza equipamentos já citados anteriormente; o processo químico utiliza produtos químicos para desencrustar e remover. Os desincrustantes são normalmente detergentes enzimáticos que requerem à posterior remoção mecânica manual ou através da máquina de lavar instrumentos. É recomendado pela Association of Operating Room Nurses (AESOP) o processamento do material com detergentes enzimáticos, são considerados excelentes removedores de matéria orgânica. A desinfeção é o processo de destruição de microrganismos patogénicos na forma vegetativa, presentes em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos e físicos. A destruição de algumas bactérias de forma esporulada também pode ocorrer, embora não se tenha a garantia e o controlo desse resultado. Relativamente à resistência aos agentes químicos germicidas e utilizando uma ordem decrescente verifica-se que o Prions (agente responsável pela infeção aguda, neurológica,

virose ação lenta) é classificado como o mais resistente, seguindo-se o *Clostridium sporogenes* (Esporos bacterianos), em seguida temos o *Mycobacterium tuberculosis* (Micobactéria) e os vírus não lipídicos ou pequenos vírus: adenovírus, rinovírus, depois aparece a *Candida sp.* (fungo), logo após surgem as *Pseudomonas*, *Staphylococcus* (bactéria vegetativa), e por fim, como menos resistente é classificado o Herpes, Hepatite B, imunodeficiência humana (vírus lipídicos envelopados).

Em relação à estrutura física as paredes e o piso da SCE devem ser resistentes, laváveis de fácil limpeza, lisos e sem frestas ou saliências que propiciem o acúmulo de sujeira e humidade. O SCE compreende três áreas distintas: área contaminada, área limpa e área de esterilização. Na área contaminada pretende-se reduzir a carga microbiana dos artigos, área para receber os materiais contaminados ou sujos e para a execução dos procedimentos de lavagem e secagem dos mesmos, esta área é separada das restantes áreas por uma barreira física. Na área limpa são executados os procedimentos de preparo, acondicionamento e desinfecção. Na área de esterilização executa-se a esterilização dos materiais, armazenamento e distribuição dos mesmos. Normalmente a limpeza dos materiais é realizada com água, detergente e produtos enzimáticos. As enzimas catalisam o processo de decomposição dos debrís orgânicos, enquanto o detergente retira o complexo/ debrís do material. No processo de limpeza é necessária a utilização de EPI e a mesma pode ser realizada de forma manual, auxílio de escova e detergente enzimático ou desincrostante, ou de forma mecânica recorrendo-se ao auxílio de equipamentos. Para enxaguar os materiais deve ser efetuar-se com água abundante, garantindo a total retirada do produto utilizado na limpeza, devem ficar totalmente submersos. Depois de retirados os materiais os mesmos devem ser criteriosamente secos. No final o material deve ser inspecionado para verificar o estado de limpeza dos materiais, observar a existência de processos de oxidação, e a funcionalidade dos materiais. A desinfecção pode ser obtida por processos físicos ou químicos, que devem ser escolhidos em função das características dos artigos e dos recursos do hospital. No domicílio para obtermos desinfecção por processos físicos pode ser obtido em exposição do material em água fervente durante 30 minutos. A desinfecção por processos químicos é a mais utilizada nos hospitais, podendo ser classificada em alto nível, destrói algumas bactérias e alguns esporos; nível intermédio, inativa *Mycobacterium tuberculosis*, bactérias vegetativas, a maioria dos vírus e fungos; baixo nível, pode destruir a maioria das bactérias mas não é confiável para microorganismos resistentes, como o BK ou esporo bacteriano. Os

materiais que necessitam de passar pelo processo de esterilização são devidamente embalados e colocados nos respetivos esterilizadores conforme o processo de esterilização a qual necessitem de serem submetidos. A esterilização incluiu processos que destroem todas as formas microbianas, isto é, bactérias, fungos, vírus e esporos, podendo ser obtida através de processos físicos, processos físico-químicos e processos químicos. O processo físico é realizado através do calor com autoclaves e as estufas (esterilização por calor seco). O procedimento de esterilização de materiais que oferece mais segurança é o vapor saturado sob pressão, realizado em autoclaves. Compreende as seguintes etapas: drenagem do ar, admissão do vapor, secagem da carga. O processo físico - químico pode ser realizado através da esterilização por gás óxido de etileno, esterilização por equipamento à base de peróxido de hidrogénio e esterilização por pastilhas de paraformaldeído. Independentemente do método a utilizar no processo de esterilização a sua eficácia deve ser monitorizada com o recurso a indicadores químicos e indicadores biológicos.

No SCE da ULS Matosinhos são utilizados os indicadores que demonstram a eficácia dos métodos de esterilização, indicadores mecânicos, químicos e biológicos. Os indicadores mecânicos são utilizados através de relatórios impressos computadorizados emitidos pelo aparelho de esterilização. O hélix teste, é um teste de indicador químico que pretende testar a eficácia de penetração do vapor nas zonas de mais difícil acesso, como exemplo, todos os instrumentos de tipo lúmen ou canulados onde o teste irá validar os vários parâmetros do ciclo dentro desses mesmos instrumentos, a tira colocada muda de cor azul claro para verde - escuro. Os testes biológicos são testes utilizados para monitorizar o processo de esterilização, consistindo em uma população padronizada de microorganismos viáveis (usualmente esporulados) conhecidos como resistentes ao modo de esterilização a ser monitorizado.

A validação do processo de esterilização consiste numa verificação prática e documentada do desempenho do equipamento ou processo, todos os dados são devidamente registados em folha própria existente no SCE. Quando se verifica mau funcionamento no processo de esterilização, nomeadamente, carga molhada ou testes incorretos devem ficar registadas as medidas adotadas. Neste caso o material regressa à sala A. A atividade do SEC é orientada na busca constante da melhoria contínua da sua “performance”, assim as suas práticas são sustentadas na implementação de um adequado e eficaz Sistema de Gestão da Qualidade que requer o envolvimento de todos os profissionais.

O SCE é responsável pela implementação e manutenção das normas que previnam a infeção cruzada, sempre que se verifiquem problemas que possam comprometer a prevenção da infeção nosocomial, o responsável da SCE deve dar conhecimento à CCI e colaborar na introdução das medidas para o seu controlo. A escolha dos antissépticos a utilizar deve ter em conta algumas características específicas e a política de antissépticos e desinfetantes requer sempre a colaboração da CCI. Os enfermeiros de cada serviço devem ter em atenção a alguns aspetos aquando da utilização do material esterilizado, nomeadamente se a embalagem se encontra íntegra e dentro do prazo de validade. Após a utilização do material esterilizado reutilizável o mesmo deve ser reencaminhado novamente para o SCE, acompanhado com folha própria preenchido e com a identificação do serviço e do material a processar.

Perceber a atividade, as orientações e a articulação em contexto na prevenção e controlo de infeção

Além de todas as atividades desenvolvidas pela CCI que foram anteriormente referidas, a CCI planeia, implementa e monitoriza o plano anual de formação na área da prevenção e controlo da infeção. Os membros da CCI definem as temáticas que consideram adequados de acordo com as áreas identificadas como prioritárias ou mais frágeis em matéria de formação e os profissionais envolvidos. A CCI da ULS Matosinhos em articulação com o Centro de Formação realiza anualmente cursos de formação e ações de formação dirigidos a todos os grupos profissionais, tendo como objetivo sensibilizar e orientar para as boas práticas, divulgar a atualização de normas e procedimentos de CI. O plano de formação para o ano 2012 inclui um Curso de Controlo de IACS para Enfermeiros e Médicos, um Curso de Controlo de IACS para Assistentes Operacionais dando ênfase à higiene hospitalar, três Cursos dirigidos aos profissionais de saúde dos ACES subordinado ao tema “ Conceitos básicos em controlo de infeção para os cuidados de saúde primários”. A CCI elabora o diagnóstico de necessidades de formação dos diferentes serviços, programando formações de acordo com as necessidades levantadas. O plano de formação contempla também a informação dirigida aos utentes, doentes, visitantes/acompanhantes, voluntários e fornecedores.

Foi-me dado o privilégio de frequentar o Curso de Controlo de IACS que decorreu no Centro de Formação da ULSM nos dias 9, 15, 23 e 28 de Maio de 2012 com a duração total de 20 horas. Os temas abordados durante a formação foram:

- Estratégia Nacional para controlo da IACS;
- Responsabilidades em controlo de infeção- Programas de controlo de infeção;
- Sistemas de vigilância da infeção hospitalar - VE;
- Estudo de surtos;
- Resistência aos antibióticos;
- Política de utilização de antissépticos e desinfetantes;
- Precauções básicas;
- Precauções baseadas na transmissão;
- Prevenção da infeção do local cirúrgico;
- Prevenção de infeção urinária;
- Prevenção da infeção da corrente sanguínea;
- Prevenção da pneumonia associada à Ventilação Invasiva.

Considero a frequência do curso uma oportunidade importante que permitiu a consolidação e aquisição dos conhecimentos que fui desenvolvendo ao longo do estágio.

Durante a realização do estágio foi verificada uma reunião de um elemento da CCI com o elemento responsável do voluntário com o objetivo de reforçar orientações relativamente à prevenção e controlo da infeção durante a prestação de voluntariado.

Sempre que é admitido na ULS Matosinhos qualquer profissional, estudante, voluntário, o Centro de Formação em articulação com a CCI agenda para o momento de integração do novo elemento uma ação de formação sobre as noções básicas de controlo de infeção. A ação de formação é realizada pelo profissional da CCI. Na ação de formação são abordadas as seguintes temáticas: a dinâmica da CCI, cadeia epidemiológica, precauções básicas, precauções de isolamento, antissépticos e desinfetantes e triagem dos resíduos hospitalares. No final é

avaliado o impacto das ações de formação, em colaboração com o Coordenador do Centro de Formação.

A equipa da CCI colabora no planeamento e implementação de eventos científicos e/ou de investigação a nível nacional e internacional. Durante a realização do estágio tive a oportunidade de verificar a participação da CCI em vários eventos, incluindo um evento internacional com uma comunicação em forma de póster. Essa participação é de salientar uma vez que foi no European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID), realizado em Londres de 31 de Março a 3 de Abril de 2012. A 4 de Maio de 2012 tive a oportunidade de acompanhar a Sr^a Enf.^a Fernanda Vieira e assistir à sua palestra no Workshop realizado no IPO do Porto intitulado “Segurança do doente”. Este Workshop realizou-se no âmbito do IV Encontro de Profissionais de Gestão de Risco e Saúde Ocupacional em Estabelecimentos de Saúde, programa em anexo (AnexoIII). No dia 9 de Maio de 2012 acompanhei a Sr^a Enf.^a Fernanda Vieira ao Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde para a realização de um Curso de Prevenção e Controlo de IACS que tinha como formandos os profissionais de saúde dessa mesma instituição. No dia 14 de Maio de 2012 acompanhei o Dr.^o David Peres e a Sr^a Enf.^a Ilda Devesa ao VI Encontro de Enfermagem cujo tema “IACS: Grandes Desafios do Século XXI”, programa em anexo (Anexo III). Neste encontro o Dr. David Peres apresentou uma palestra subordinada ao tema “Prevenção e Controlo de IACS: Política Regional uma alternativa?”. A CCI gere os processos de recolha e divulgação da bibliografia atualizada, toda essa informação é arquivada em pastas de arquivo da CCI.

Todas estas experiências que tive a oportunidade de participar constituíram momentos importantes no processo de aprendizagem permanente levando à aquisição habilidades e competências que estão de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, resultando em atitudes que geram mudança qualitativa nos cuidados de enfermagem.

A Comissão de escolha de materiais deve pedir a colaboração da CCI na escolha dos materiais a adquirir, embora isso nem sempre aconteça. No dia 03 de Maio de 2012 foi enviado um email para a CCI a relatar o aumento exponencial de flebite no local do acesso venoso periférico sempre que era administrado ferro por via endovenosa. Após analisar a situação e estudar a ficha técnica dos prolongadores a Sr.^a Enf.^a Fernanda Vieira verificou que os mesmos possuíam na sua constituição ftalatos, substância proibida pela Comissão Europeia Scientific

Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. A CCI emitiu um parecer sobre esta situação para o Serviço de Compras e Logística sobre os riscos deste material para que o mesmo fosse eliminado.

A CCI fez um estudo em profundidade sobre os Kit's de nebulização de forma a abordar a eficácia dos mesmos, e através da escolha de material com as mesmas características verificaram que podiam poupar 0,15 cêntimos por cada Kit. Tendo em conta que o kit de nebulização é um produto bastante utilizado consegue-se poupar uma quantia ainda considerável.

A Sr^a Enf^a Ilda Devesa da CCI analisou um processo relativo à aquisição de novas máquinas de tricotomia, a utilização da máquina de tricotomia é um dos elementos importantes na prevenção da infeção do local cirúrgico. Inicialmente a marca explica ao enfermeiro da CCI o funcionamento do aparelho e disponibiliza a ficha técnica do produto. Após a análise dos dados a CCI acompanhou a formação dada pelo representante da marca aos enfermeiros do bloco operatório esclarecendo dúvidas que surgiram, essa formação decorreu no dia 20 de Abril de 2012. Depois da formação o aparelho ficou em teste durante uma semana. Decorrido esse tempo a enfermeira da CCI colheu as opiniões relativas à máquina junto dos enfermeiros do bloco operatório e após a análise dos resultados obtidos elaborou o respetivo relatório que posteriormente foi entregue no serviço de aprovisionamento. O parecer dado pela CCI tem um papel fundamental para a aquisição ou não do produto. No dia da formação do bloco operatório a Sr^a Enf^a Ilda Devesa proporcionou-me uma visita guiada ao serviço onde pude observar todos os circuitos do bloco, bem como a grande importância que os profissionais atribuem à prevenção da infeção.

A CCI quando toma conhecimento de uma não conformidade que ponha em risco a prevenção e controlo de infeção tem que dar o parecer e reportar o caso para os elementos responsáveis pelo não cumprimento da norma para que o erro seja corrigido. A não conformidade registada era relativa à higienização de um gabinete médico de uma determinada unidade de saúde. O Manual de higienização dos serviços disponível na Gestão da Qualidade faz referência aos elementos responsáveis pela aplicação dos procedimentos.

A revisão de normas e procedimentos é realizada sempre que os avanços na evidência científica o justifiquem e sempre que os profissionais da CCI considerem pertinente. Durante o estágio foram revistas a norma do doente algaliado, a

norma da higiene das mãos e a norma da prevenção da infeção do local cirúrgico. A norma deve ser auditada antes da sua implementação.

A Unidade de Convalescença pediu a colaboração da CCI para esclarecimento de algumas dúvidas sobre a prevenção e controlo de infeção e triagem de resíduos. No dia 16 de Março de 2012 a Sr^a Enf^a Ilda Devesa foi à Unidade de Convalescença que se localiza nas instalações do Hospital Magalhães Lemos, eu tive oportunidade de acompanhar. No local foi verificada a estrutura física do serviço e foram efetuadas várias sugestões para a melhoria da qualidade e instituição de boas práticas. O baixo rácio de enfermeiros (dotações seguras) por turno e o elevado grau de dependência dos doentes dificulta muitas vezes a implementação de alguns critérios de qualidade.

Ao enfermeiro exige-se uma prestação de cuidados competente e humanizada, fundada nas teorias do cuidar em enfermagem, suprimindo as reais necessidades dos doentes e família, através da troca de ideias e análise de situações-problema existentes nos serviços. Perante as situações-problema que eram detetadas, era comum a prática de partilha de experiências informais e formais baseadas no conhecimento científico/reflexão que pudessem otimizar os cuidados, procurando um esforço conjunto na melhoria contínua da qualidade, aumentando a satisfação dos intervenientes.

Efetuar o acompanhamento, registo e avaliação da monitorização dos indicadores de prevenção e controlo de infeção

Na ULSM realiza-se um registo evolutivo da ecologia hospitalar dos microrganismos isolados no Laboratório de Microbiologia, sendo o MRSA o microrganismo problema mais isolado, seguindo-se a *Pseudomonas aeruginosa* e a *Klebsiella pneumoniae*.

O programa em utilização na instituição desde a ano 2011 é o VIGIguard (Software Vigilância Ativa Epidemiológica), este é utilizado para registar e sinalizar os microrganismos problema existentes nos doentes da ULS Matosinhos. O laboratório do hospital após realizar a análise dos produtos colhidos pelos respetivos serviços regista na aplicação informática o microrganismos problema detetados na análise dos produtos, em alguns casos pontuais o laboratório contacta telefonicamente a CCI e o respetivo serviço para sinalizar os casos.

Quando os Alerta VIGIguard's são validados pelo laboratório a CCI tem automaticamente acesso aos mesmos, nessa altura os enfermeiros fazem a análise dos mesmos. Procede-se à identificação do doente relativamente ao número do processo, serviço que requisitou o pedido de análise e se o doente estiver internado verifica-se a cama que o mesmo ocupa e o percurso (pelos serviços) que fez no hospital até ao momento. É necessário identificar se o doente apresenta sintomatologia associada. De seguida, são identificados os contactos diretos dos doentes para se proceder ao rastreio dos mesmos se necessário.

A CCI tem protocolos devidamente definidos para os microrganismos multiressistentes em alerta definidos pela instituição hospitalar, os mesmos foram elaborados pela CCI e fazem parte da gestão documental da instituição podendo ser consultados por todos os profissionais. Quando as infeções/ colonizações são detetadas após a alta dos doentes a CCI colabora com as unidades de saúde, da respetiva área de referência se a mesma não pertencer à ULS Matosinhos. No caso dos lares o enfermeiro da CCI estabelece ligação, normalmente telefónica, com o enfermeiro/médico responsável pelos cuidados na instituição.

Na vigilância epidemiológica da ULSM realiza-se a vigilância dos microrganismos problema, vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais nas unidades de neonatologia, vigilância epidemiológica da corrente sanguínea, HELICS Cuidados Intensivos, HELICS Neonatal e HELICS Cirurgia. Através da VE conseguimos aceder aos indicadores de resultado, nomeadamente taxas de IACS relacionada com procedimentos invasivos - entubação traqueal, ventilação mecânica, cateteres venosos centrais e cateteres urinários. Através da análise das estirpes hospitalares mais prevalentes identificadas no Serviço de Patologia Clínica, relativamente ao ano 2009 e ao ano 2010, podemos verificar uma diminuição do número de casos detetados de *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Enterococcus faecalis*. Nos procedimentos emanados pela CCI podemos aceder ao procedimento da Estratégia global para controlo de MRSA; Prevenção e Controlo do *Acinetobacter baumannii* Multiresistente; Prevenção, Controlo e Tratamento da Infeção por *Clostridium difficile*.

A dinâmica que envolve a VE da ULSM é realizada pela equipa da CCI. No decorrer do estágio tive a oportunidade de acompanhar os enfermeiros aos serviços quando existia a sinalização de um microrganismo problema.

A CCI da ULSM aderiu à Campanha Nacional da Higiene das Mãos (monitorização do consumo de SABA) e à realização do Inquérito de Prevalência da

Infeção Nosocomial de Âmbito Nacional. No âmbito do PNCI todos os hospitais públicos e alguns hospitais privados foram convidados a participar nestes inquéritos que devem decorrer durante uma semana e deve procurar envolver todos os serviços do hospital, foram realizados estudos de prevalência de infeção nacionais no 2003, 2009 e 2010. Embora não estivesse previsto a realização do Inquérito de Prevalência no ano de 2011 a CCI da ULSM deu continuidade ao projeto tendo sido efetuado o referido inquérito. Os resultados do Inquérito de Prevalência no ano de 2011 foram trabalhados pela enfermeira da CCI, que elaborou o tratamento estatístico, o relatório, tendo sido discutido à posterior pelo grupo. A análise dos dados dos estudos de VE e a elaboração dos relatórios tem a estreita articulação com o Coordenador da CCI, Microbiologista, Epidemiologista, Estatista ou outros profissionais de apoio à CCI. A utilização dos resultados dos estudos de VE apoia a melhoria contínua nos cuidados. Os resultados foram divulgados a todos os profissionais através de uma ação de formação que teve lugar no dia 7 de Março no Auditório do Hospital Pedro Hispano. Nessa ação de formação foram também divulgados os resultados da Campanhã da Higiene das Mãos.

No Hospital Pedro Hispano foram definidas “áreas de risco” e o grupo de “doentes de risco”, implicando desta forma uma vigilância preferencial e ativa dos doentes daquelas áreas ou desse grupo. Nas áreas de risco foram incluídas a Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Neonatologia, as zonas de internamento de doentes com queimaduras ou neutropénicos e as zonas onde estão internados doentes infetados ou colonizados (*Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus* coagulase- negativo resistentes à meticilina; *Enterococci* resistente à vancomicina, aminoglicosídeos ou lactâmicos beta; bacilos entéricos Gram-negativo resistentes às cefalosporinas de 3ª geração ou aos aminoglicosídeos; *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina; *Clostridium difficile*; *Mycobacterium tuberculosis*). Os doentes algaliados, com cateteres centrais e/ou arteriais, traqueostomizados, com tubos naso ou orotraqueais, ou submetidos a cirurgia são alvo de uma atenção diária.

No ano de 2006, a ULSM teve um surto de *Acinetobacter baumannii* Multirresistente (ABMR). Quando acontece um caso com estas características são realizadas reuniões de carácter urgente para a definição de medidas estratégicas a adotar. A estratégia envolveu diversas medidas de controlo de infeção sendo sido aplicadas:

- medidas de isolamento de contato com ênfase na higienização das mãos recorrendo à SABA;
- sinalização dos doentes;
- recomendações escritas aos profissionais;
- individualização do equipamento, reforço da limpeza e desinfecção do ambiente/equipamento;
- estratificação dos doentes por nível de risco, realização de rastreios de colonização;
- coortes de profissionais;
- encerramento dos serviços ou enfermarias a novas admissões;
- aumento do espaçamento entre camas na UCIC;
- reuniões frequentes com órgão de gestão e chefias dos serviços afetados para informação e planificação;
- implementou-se o rastreio de colonização por ABMR na admissão de doentes provenientes de outras instituições.

Decorridos 8 meses do início do surto, o mesmo foi controlado através da adoção de medidas rigorosas de controlo de infeção utilizando uma estratégia multifatorial. A CCI refere que a comunicação intra e inter hospitalar, o apoio do órgão da gestão e o trabalho em equipa foram essenciais para o controlo da infeção.

Através da VE realizada pela CCI foram identificados 3 casos de MRSA no mesmo Centro de Saúde. Após o estudo dos casos a equipa da CCI verificou que os doentes pertenciam à mesma unidade de saúde e que realizavam tratamento de ferida na mesma sala de tratamentos. A 16 de Março de 2012 a Sr^a Enf^a Ilda Devesa deslocou-se ao local para verificar a existência de pontos que favoreciam o alojamento de microrganismos problema. No local foram verificadas as situações problema e sugeridas medidas para a melhoria do local em termos de funcionamento, reforçando ensinamentos relativos às boas práticas. No final da visita é realizada a nota de serviço onde constam os aspetos observados durante a visita e enviado para os profissionais responsáveis do ACES e da unidade de saúde em

questão, bem como para o Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviço de Compras e Logística e Serviços Hoteleiros.

Têm sido propostas várias estratégias para prevenir e controlar a disseminação de microrganismos resistentes aos antibióticos em hospitais, baseando-se principalmente na minimização da transmissão de microrganismos resistentes entre doentes. Assim, são definidas medidas de prevenção e controlo de infeção, bem como a adoção de protocolos terapêuticos que evitem a administração desnecessária de antimicrobianos aumentando a sua eficácia terapêutica. Em 2002 o CDC lançou a *Campaign to Prevent Antimicrobial Resistance in Healthcare Settings*⁸, que tinha como objetivo focar a prevenção das resistências antimicrobianas em instituições de saúde. Assim foram definidos doze passos³ para minimizar a resistência aos antimicrobianos através de quatro estratégias de prevenção que incluíam: prevenir a infeção; diagnosticar e tratar infeção de modo eficaz; otimizar a utilização dos antimicrobianos; prevenir a transmissão.

⁸ Campaign to Prevent Antimicrobial Resistance do Center for Diseases Control and Prevention- <http://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>

3 - DAS CONCLUSÕES E DAS SUGESTÕES

Uma gestão e localização adequadas dos doentes em condições de risco ou mesmo infecciosas é uma das regras fundamentais, para o controlo de infeção, para minimizar o impacto e potencial transmissão cruzada de agentes infecciosos, (Coia *et al.*, 2006).

É nesta fase que considero necessário realizar uma reflexão do experienciado e do aprendido ao longo do percurso na CCI da ULSM e organizar algumas sínteses.

Precauções baseadas na via de transmissão

As precauções básicas constituem a estratégia primária para o controlo da transmissão das IACS independentemente do estado presumível de infeção de cada doente. Num segundo nível surgem as precauções baseadas na via de transmissão destinadas a doentes em que se sabe ou se suspeita existir infeção ou colonização com microrganismos epidemiologicamente importantes (Fernandes, 2000). O mesmo autor refere que o isolamento consiste no estabelecimento de barreiras físicas para evitar a transmissão de agentes infecciosos.

Existem dois tipos de isolamentos descritos de acordo com a situação do doente, sendo eles o isolamento de proteção e o isolamento de contenção. No isolamento de proteção pretende-se prevenir a infeção em doentes imunocomprometidos. O isolamento de contenção tem como objetivo prevenir a transmissão cruzada entre doentes e profissionais. Siegel et al (2007) identificam três tipos de isolamento⁹: precaução de contato, precaução de gotícula e precaução de partícula. Ao longo do estágio tive a oportunidade ler e de verificar a importância atribuída ao cumprimento do procedimento definido pela CCI intitulado “ Precauções de Isolamento em Controlo de Infeção”, este

⁹ Guideline for Isolation Precautions -
<http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007isolationprecautions.html>

procedimento está disponível na Gestão Documental para que todos os profissionais da ULSM possam consultar. No manual da CCI (2003) assim como no procedimento são definidos os três tipos de isolamentos, bem como os procedimentos a adotar para cada situação.

As precauções de disseminação aérea aplicam-se a doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos transmitidos por núcleos de gotículas (5 µm ou menores) transportadas pelo ar, estes núcleos são o resultado da evaporação de gotículas contendo microrganismos e permanecem suspensas no ar podendo ser transportados por longas distâncias por correntes de ar (ex. sarampo, varicela e a tuberculose). Nestes casos os doentes devem ser colocados em quartos com pressão negativa relativamente às áreas vizinhas e a porta do quarto do doente deve estar fechada. Todas as pessoas que entram no quarto devem usar máscara de alta eficiência (classe P1). O doente só deve ser transportado para fora do quarto, quando for absolutamente indispensável, o mesmo deve colocar uma máscara cirúrgica.

As precauções de gotícula aplicam-se aos doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas (> a 5 µm). Pelo peso das partículas estas só decorrem distâncias pequenas, inferiores a um metro, depositando-se nas conjuntivas, mucosa nasal ou boca do hospedeiro. As doenças que incluem este tipo de precauções são as infeções invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b (ex. epiglodite, meningite, pneumonia e sepsis), infeção meningocócica (ex. pneumonia, meningite e sepsis), tosse convulsa, difteria, pneumonia por *Mycoplasma*, peste pneumónica, faringite e pneumonia por *Streptococcus* β- hemolítico grupo A ou escarlatina em crianças e lactentes, infeções víricas por adenovírus, influenza, parotidite, parvovírus B19 e rubéola.

As precauções de contacto aplicam-se aos doentes com suspeita ou certeza de estarem infetados ou colonizados por microrganismos que são transmitidos por contacto direto com o doente e por contacto indireto, ou seja pelo contacto com superfícies ou utensílios do ambiente do doente. Inserem-se os seguintes microrganismos incluindo: *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus coagulase-negativo* resistentes à meticilina; *Enterococci* resistentes à vancomicina, aminoglicosídeos ou lactâmicos beta; Bacilos entéricos Gram - negativos resistentes às cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos ou quinolonas (*Klebsiella*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Providencia*, *Morganella* e *Citrobacter*); *Pseudomonas aeruginosa* resistente à piperacilina, ceftazidima,

carbapenemas ou aminoglicosídeos; *Streptococcus pneumoniae* com níveis altos de resistência à penicilina; *Clostridium difficile*. Existem ainda outras situações que se impõem o isolamento de contacto, nomeadamente, as infeções entéricas em doentes incontinentes por *E. coli* enterohemorrágica, por *Shigella*, por vírus da Hepatite A ou por rotavírus; as infeções cutâneas (difteria cutânea, vírus herpes simples, impetigo, pediculose e escabiose, furunculose estafilocócica em lactentes e crianças pequenas, zona (disseminada ou em doentes imunodeprimidos), conjuntivite hemorrágica vírica, infeções hemorrágicas víricas (Ebola, Lassa e Marburgo).

Todos os profissionais que prestam cuidados de saúde devem estar conscientes da importância destas recomendações para que possam adotar boas práticas na prevenção e controlo de infeção contribuindo para a segurança do doente. Para a criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro durante a prática de cuidados torna-se necessário proceder à segurança do doente e de todos os profissionais, através de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco. Está implícito a existência da norma, o respeito pela sua aplicação por toda a equipa de saúde.

O controlo de infeção fornece indicadores de resultado, sobre os resultados previsíveis que dando desta forma a informação estatística da atuação dos profissionais envolvidos e o sucesso da intervenção. Permite aferir a eficácia das medidas implementadas. O enfermeiro da CCI da ULSM desempenha funções de líder utilizando uma abordagem multifacetada, adotando uma postura de responsabilidade, determinação, dedicação, entusiasmo, otimismo, abertura de ideias, pro-atividade, capacidade de inovar e priorizar atendendo à focalização de objetivos, conciliando com as adversidades e o desgaste do ambiente de cuidados. Ajudando a construir, a compreender a importância da utilização dos procedimentos.

No decurso do estágio tive a oportunidade de verificar que a equipa da CCI da ULSM se mantém constantemente atualizada sobre novas *guidelines*, procedimento e equipamentos, de forma a ser influenciadora de mudança positiva e, quando necessário, alertar sobre posturas e procedimentos menos corretos perspetivando a aquisição de competências que permitem a otimização dos cuidados prestados. Pela capacidade de liderança induz motivação ao grupo através da adoção de uma postura exemplar, distribuindo sabiamente os recursos disponíveis, tendo em conta que a realidade pode ser rapidamente alterada

mediante uma ou mais situações críticas, demonstrando, entre outras, rapidez de raciocínio, flexibilidade e fiabilidade ideológica.

Por tudo o que já foi referido considero que os conhecimentos adquiridos são uma mais-valia para a minha atividade profissional. Como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a exercer funções num hospital especializado em doenças infecciosas, e reconhecendo a problemática da necessidade de prevenção e controlo de infeção desta comunidade, considero pertinente elaborar uma proposta para a melhoria da minha prática clínica na área do controlo de infeção.

Os doentes internados no meu serviço são maioritariamente infetados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A infeção associada ao VIH constitui uma problemática relevante na sociedade atual devido à sua elevada prevalência e repercussões com considerável impacto a nível físico, psicossocial e económico. A SIDA foi descrita pela primeira vez nos Estados Unidos da América (EUA) no ano de 1981, identificada em cinco homossexuais do género masculino. Pouco tempo depois, foi reportada na Europa, tendo sido diagnosticado em Portugal o primeiro caso, em Outubro de 1983. Atualmente, constitui-se como uma pandemia, estimando-se que existam em todo o mundo mais de 33 milhões de pessoas infetadas pelo VIH. Em Portugal, representa a maior causa de morte entre os 30 e os 39 anos de idade, morrendo anualmente cerca de 1000 pessoas, e assume-se a infeção como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade (CNIVIH/Sida, 2007).

Reynolds (2004) refere que a imunodeficiência associada ao VIH caracteriza-se por uma diminuição progressiva do número de linfócitos T CD4+, paralelamente com um aumento do número de cópias de ARN vírico no sangue periférico. São estes os principais marcadores (contagem linfócitos T CD4, complementada pela viremia) para a definição prognóstica da progressão da doença, e também para avaliação da resposta à terapêutica anti-retroviral. Com a introdução de medicação altamente eficaz no controlo da doença, assiste-se a uma redução considerável da morbilidade e mortalidade associada ao VIH, com consequente aumento da esperança de vida.

Desta forma, exige-se das instituições de saúde e seus profissionais, intervenções cada vez mais dirigidas e modelos de prestação de cuidados inovadores, com estratégias que definam o doente como proactivo em todo o processo terapêutico. Só assim se poderá assegurar os melhores cuidados às

pessoas e famílias com esta infeção, dando cumprimento ao previsto no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção por VIH/Sida.

Conforme referência do manual sobre SIDA a tuberculose é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em pessoas portadoras de VIH. A interação mútua destas epidemias é um grave problema de saúde pública. As características clínicas, estratégias de diagnóstico e eficácia do tratamento da tuberculose dependem do estadio da infeção VIH (Paixão et al, 2008). Assim, um enfermeiro que preste cuidados num serviço tão específico como é o serviço de Infeciologia deve ter competências específicas na área de prevenção e controlo de infeção, podendo contribuir de forma ativa para a prevenção de complicações nestes doentes, já por si só imunocomprometidos.

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde com maior tempo de interação com os doentes (Meleis, 2007), a sua intervenção torna-se primordial e constitui um desafio no sentido de detetar antecipadamente potenciais problemas e implementar terapêuticas que a promovam o bem-estar e a qualidade de vida (Meleis et al., 2000).

Referida a grande importância desta temática na diminuição da morbilidade e mortalidade dos meus doentes e considerando que o meu serviço precisa de adotar procedimentos e definir protocolos na área de prevenção e controlo de infeção considero pertinente a execução de uma proposta para a melhoria da prática clínica.

3.1 - PROPOSTA PARA MELHORIA DA PRÁTICA CLÍNICA

Nos últimos anos, a utilização de indicadores de saúde tem aumentado de uma forma exponencial. Indicadores de saúde podem definir-se como medidas-síntese da informação relevante sobre dimensões do estado de saúde e desenvolvimento do sistema de saúde (OPAS,2001), devendo possuir características básicas de uma medida em termos estatísticos, nomeadamente: validade, confiabilidade, disponibilidade, simplicidade, relevância e custo-efetividade (Soárez et al., 2005). Segundo Soárez et al. (2005) ajudam a acompanhar, orientar a trajetória dos serviços, facilitando o estabelecimento de prioridades, a decisão do que é mais importante medir. O mesmo será dizer que

contribuem para a *tomada de decisões baseadas em evidência e para a definição de ações estratégicas* (Pereira, 2009).

Donabedian caracterizou os indicadores ao nível da estrutura, processo e resultado. Na Tríade de Donabedian são incluídos nos indicadores de estrutura as instalações, os equipamentos, o modelo organizacional, o sistema de informação, o staff e as amenidades; nos indicadores de processo são referidos o desempenho relacional, técnico científico e gestor; nos indicadores de resultado surgem os *Outputs* e *Outcomes*. Todavia, ainda que a avaliação de um programa deva incluir os três elementos anteriormente mencionados, em determinadas situações, torna-se mais apropriada a medição e avaliação dos resultados ao nível da saúde e bem-estar, na medida em que são os indicadores finais dos padrões de cuidados (Donabedian, 1968).

Por conseguinte, Flarey e Blancett (1996) mencionam ser do interesse dos gestores a medição e monitorização dos resultados, para manter a competitividade no mercado de planos de saúde, na medida em que deste modo podem melhorar a qualidade dos cuidados e manter as suas responsabilidades fiscais.

Os resultados, indicadores finais da qualidade, podem centrar-se no cliente ou na organização. Enquanto os indicadores centrados no cliente se podem relacionar com o seu estado funcional, satisfação, qualidade de vida e desempenho de papéis, os indicadores centrados na organização prendem-se com o tempo de permanência, custo por cliente, taxas de readmissão e utilização de recursos (Flarey e Blancett, 1996).

Pereira (2009) refere ter havido uma evolução nas tipologias dos indicadores de saúde, no sentido de se focarem mais em indicadores que traduzam ganhos em saúde, em detrimento de indicadores negativos.

Neste contexto, a sua monitorização e desenvolvimento/refinamento contínuo, torna-se fulcral como estratégia de apoio à prática de Enfermagem, uma vez que orientam os enfermeiros para áreas/domínios com necessidade de intervenção prioritária. Os indicadores de saúde, enquanto variáveis que medem a qualidade e eficácia dos resultados, são uma ferramenta útil na obtenção de informação para o processo de tomada de decisão do enfermeiro sobre os cuidados de enfermagem no sentido de melhorar as suas intervenções estratégicas.

A OE (2001, p.5) refere que “...a qualidade exige reflexão sobre a prática - para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir -, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”. A OE desempenha um papel conceptual relativamente à definição dos padrões de qualidade em enfermagem e ao acompanhamento da prática clínica, promovendo o exercício profissional da enfermagem ao nível mais elevado dos padrões de qualidade. As instituições de saúde devem criar um ambiente favorável à implementação de projetos de melhoria da prática clínica.

De acordo com a OE (2001) os padrões de qualidade constituem-se como uma matriz conceptual que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros: proporcionando a reflexão sobre os cuidados pelo confronto com as situações do quotidiano no contexto de ação, orientando a tomada de decisão em enfermagem, dando visibilidade à dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem e permitindo a definição de indicadores de qualidade. Os indicadores de qualidade possibilitam a identificação das principais necessidades de cuidados de enfermagem da população; a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem; a informação útil para a implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade; a informação útil capaz de influenciar as decisões políticas em saúde. Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros dividem-se em seis categorias: satisfação dos clientes; promoção da saúde; prevenção das complicações; bem-estar e ao auto cuidado; readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Assim um programa de melhoria contínua da qualidade reúne um conjunto de atividades integradas e planeadas que pretendem medir o nível de cuidados prestados, definindo os critérios a avaliar e após a avaliação dos mesmos orientar medidas corretoras que traduzam ganhos em saúde, a satisfação dos utilizadores e sejam objeto de medições subsequentes.

O serviço de Infeciologia/ Pneumologia é uma unidade de internamento que está vocacionada para o tratamento da pessoa com doença em fase aguda e/ ou crónica, cuja equipa de enfermagem, usa o método de trabalho individual. É importante reconhecer a existência de diferentes variáveis que permitam conhecer a qualidade de cuidados que promovam uma melhoria continua. Pela especificidade do serviço acima referido decorrente das patologias mais frequentes e da tipologia de doentes internados, torna-se evidente a elevada importância que tem a prevenção e controlo de infeção no serviço.

A definição de objetivos do programa é fundamental de forma a relacioná-los com as prioridades e resultados pretendidos. Assim, com este programa pretende-se:

- ✓ Dar ênfase aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente os que decorrem do controlo da infeção associada aos cuidados de saúde;
- ✓ Demonstrar a qualidade dos cuidados de enfermagem no que concerne à prevenção e controlo de infeção podem ser melhorados;
- ✓ Demonstrar os benefícios da utilização de um esquema conceptual dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Identificar a solução de problemas recorrendo ao uso de medidas educacionais corretivas que permitam orientar boas práticas no CIH;
- ✓ Consciencializar os profissionais sobre aspetos passíveis de melhoria aumentando os níveis de qualidade dos cuidados prestados.

As IACS constituem um problema de saúde pública e saúde e segurança para os clientes que utilizam as US os enfermeiros podem contribuir para a sua prevenção e controlo. Muitas das complicações das infeções resultam em custos económicos elevados, bem como custos emocionais e de vida para o próprio cliente e família.

Considerando o problema estabelecido relativamente à prevenção e controlo de infeção- precauções de isolamento, destacam-se a higienização das mãos e o uso adequado do EPI. Os fatores a considerar na elaboração deste projeto relacionam-se com a existência de evidência científica disponível, e com o facto de constituírem impacto importante para a saúde e afetarem um grande número de pessoas. Como consequências pretende-se uma melhoria compatível na morbilidade e mortalidade e concentrar esforços em níveis ótimos de cuidados.

Após a identificação do problema estabeleceu-se como prioridade criar um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados dirigidos aos enfermeiros. Identificado o problema na área de prevenção e controlo de infeção planeou-se a estratégia.

A ação planeada para a concretização deste projeto será desenvolvida em várias etapas. Primeiramente pretendo proceder à identificação de necessidades, através da aplicação de um questionário e realização de uma auditoria. Assim, posso obter dados que apontem para a necessidade de formação (conteúdos,

grupo alvo ...), no sentido de consolidar conhecimentos e corrigir comportamentos ao nível da higienização das mãos e utilização adequada do EPI.

A partir dessa informação planearei sessões de formação, dirigida aos enfermeiros do serviço auditado, no sentido de dar resposta às necessidades detetadas. Esta etapa incluirá a elaboração de um procedimento relativo às precauções de isolamento em controlo de infeção será intitulado “ Precauções de isolamento”, bem como a realização de pósteres alusivos à colocação adequada de EPI.

Por fim procederei a nova auditoria, para uma nova reavaliação, no sentido de verificar melhorias ao nível da adoção de boas práticas dos enfermeiros do serviço auditado no que concerne às precauções de isolamento.

Na tabela que se segue refere-se ao cronograma delineado para este programa.

Tabela 2: Cronograma delineado para o programa

	Datas a definir				
Planeamento das reuniões					
Elaboração de critérios e standards					
Elaboração de suportes e grelhas					
Recolha de dados					
Tratamento e análise de dados					

Contextualização da auditoria:

Para o cumprimento deste projeto considero pertinente planificar uma auditoria dirigida ao processamento das medidas definidas para a higienização das mãos e utilização correta do EPI, de modo a detetar eventuais falhas e adequar a formação.

A auditoria é, por definição *“um processo de investigação sistemático em que são obtidas e analisadas evidências suficientes que permitam ao auditor pronunciar-se sobre a conformidade de uma situação vigente com os critérios de comparação selecionados e comunicar os resultados aos utilizadores interessados”* Teixeira (2006, p.4).

Uma política eficaz de qualidade pressupõe a realização de auditorias, com uma periodicidade regular, as quais são conduzidas por técnicos qualificados, detentores de um conhecimento das metodologias e procedimentos adotados e que visam garantir o controlo de todo o sistema. Segundo a Norma 19011, elaborada pela International Organization for Standardization (2010), o processo de auditoria de cumprir cinco fases, sendo a primeira fase opcional. As cinco fases são a pré-auditoria (opcional), revisão da documentação, planeamento da auditoria, auditoria e relatório da auditoria.

A presente auditoria enquadra-se no âmbito da avaliação de processos e tem por objetivos:

- ✓ Auditar as medidas de higienização das mãos e a utilização correta de EPI;
- ✓ Investigar os conhecimentos dos profissionais sobre as precauções básicas, nomeadamente higienização das mãos e uso adequado de EPI;
- ✓ Identificar necessidades de formação sobre a temática;
- ✓ Verificar acessibilidade e a utilização do EPI;
- ✓ Verificar o cumprimento das precauções básicas;
- ✓ Identificar procedimentos incorretos relativos à higienização das mãos e utilização correta do EPI;
- ✓ Analisar os dados obtidos;
- ✓ Orientar para a mudança de comportamentos.

A metodologia utilizada será à observação direta, com registo na grelha de observação, em dia e hora a definir. O serviço a auditar será o Serviço de Infeciologia/ Pneumologia da Unidade Joaquim Urbano. A auditoria será dirigida para os enfermeiros que exercem funções no referido serviço. Para uma melhor caracterizar a auditoria foi desenvolvida check-list de Heather Palmer, que se encontra na tabela seguinte.

Segundo a OE (2003) na elaboração de uma check-list para uma avaliação de qualidade devem ser seguidos os critérios definidos por Heather Palmer que incluem: dimensão estudada; unidades de estudo; tipo de dados; fonte de dados; tipo de avaliação; critérios de avaliação; colheita dos dados; relação temporal; seleção da amostra; intervenção prevista

Tabela 3: Check - List para uma avaliação de qualidade - Higienização das mãos

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Melhoria Contínua da Qualidade		
Check-List para uma avaliação de qualidade		
Enunciado descritivo “ A prevenção de complicações”		
Higienização das mãos no serviço de Infeciologia/ Pneumologia		
1	Dimensão estudada	Eficiência e Adequação Técnica Científica
2	Unidade de estudo	Utilizadores incluídos na avaliação Doentes no serviço de Infeciologia/Pneumologia Profissionais em avaliação Enfermeiros do serviço de Infeciologia/ Pneumologia Período de tempo Em data a definir
3	Tipo de dados	Estrutura e Processo
4	Fonte de dados	Processo clínico Observação
5	Tipo de avaliação	Interna Inter-pares
6	Como se avalia	Critérios explícitos-normativos Critérios (tabela seguinte)
7	Colheita de dados	Enfermeiro Especialista através da Check-List (Anexo IV)
8	Relação temporal	Avaliação retrospectiva - período a definir
9	Método de identificação / Amostra das unidades de estudo	Base institucional Profissionais do serviço de Infeciologia/ Pneumologia em período a definir
10	Tipo de intervenção prevista	Medidas corretoras Medidas educacionais

A tabela seguinte define os elementos chave a considerar na Check- list.

Tabela 4: Check- List para uma avaliação de qualidade – critérios a considerar na higienização das mãos

Check- List para uma avaliação de qualidade – Higienização das mãos	
Critérios (elementos chave a considerar)	Esclarecimento
<p>Todos os profissionais de saúde do serviço de Infeciologia/ Pneumologia devem proceder à higienização das mãos nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes do contacto direto com o doente; - Antes de procedimentos assépticos, ou seja antes de qualquer procedimento que envolva o contato direto ou indireto com mucosas, pele, solução de continuidade, dispositivo médico, invasivo ou equipamentos; - Após risco de exposição a fluídos orgânicos, independentemente do uso ou não luvas; - Após contato com o doente, quando se abandona o ambiente envolvente do mesmo; - Após o contato com o ambiente envolvente do doente, quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente, após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente. 	<p>Os profissionais de saúde devem cumprir o procedimento relativamente às precauções básicas, tendo que ser aplicado a todos os doentes independentemente do estado infeccioso (procedimento a definir).</p> <p>Outras recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar tocar desnecessariamente em superfícies próximas do doente para prevenir a contaminação das mãos limpas, ou transmitir microrganismos de mãos contaminadas para as superfícies (categoria IB/IC); - Quando as mãos estão visivelmente sujas estas devem ser lavadas com água e sabão (categoria IA); - Quando em contacto doentes com microrganismos de formas esporuladas (ex. C. Difficile), deve-se proceder à lavagem das mãos com água e sabão (categoria IB); - Após a remoção de luvas (categoria IB); - Não se deve usar unhas artificiais ou extensores durante a prestação de cuidados (categoria IA);

A tabela seguinte traduz a Check-List de Heather Palmer para o uso adequado de EPI.

Tabela 5: Check-List para uma avaliação de qualidade - Uso adequado de EPI

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Melhoria Contínua da Qualidade		
Check-List para uma avaliação de qualidade Enunciado descritivo “ A prevenção de complicações” Uso adequado de EPI no serviço de Infeciologia/ Pneumologia		
1	Dimensão estudada	Eficiência e Adequação Técnica Científica
2	Unidade de estudo	Utilizadores incluídos na avaliação Doentes no serviço de Infeciologia/ Pneumologia Profissionais em avaliação Enfermeiros do serviço de Infeciologia/ Pneumologia Período de tempo Em data a definir
3	Tipo de dados	Estrutura e Processo
4	Fonte de dados	Processo clínico Observação
5	Tipo de avaliação	Interna Inter-pares
6	Como se avalia	Critérios explícitos-normativos Critérios (tabela seguinte)
7	Colheita de dados	Enfermeiro Especialista através da Check-List (Anexo V)
8	Relação temporal	Avaliação retrospectiva - período a definir
9	Método de identificação / Amostra das unidades de estudo	Base institucional Profissionais do serviço de Infeciologia/ Pneumologia em período a definir
10	Tipo de intervenção prevista	Medidas corretoras Medidas educacionais

A tabela seguinte define os elementos chave a considerar na Check-list.

Tabela 6 – Check-List para uma avaliação de qualidade – critérios a considerar no uso adequado de EPI

Check-List para uma avaliação de qualidade – Uso adequado de EPI	
Critérios (elementos chave a considerar)	Esclarecimento
<p>Todos os profissionais de saúde do serviço de Infeciologia/ Pneumologia devem utilizar o EPI considerando os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar a contaminação da roupa durante a utilização do EPI (categoria II); - Antes do afastamento da unidade do doente ou antes de sair do quarto deve remover o EPI (categoria IB/IC); - Usar luvas quando se prevê a possibilidade de existir contato com fluidos biológicos e locais ou materiais contaminados (categoria IB/IC); - O uso de luvas deve adaptar-se ao tamanho das mãos e à durabilidade da tarefa (categoria IB); - Trocar de luvas do local durante o atendimento de um doente do um local do corpo contaminado para um local do corpo limpo (categoria II); - Usar bata para proteger a pele e a roupa sempre que se preveja contato com salpicos de fluidos biológicos, roupa e materiais contaminados (categoria IB/IC); - Usar bata para o contato direto com doente que expele secreções de uma forma não contida (categoria IB/IC); - Remover a bata antes de deixar o ambiente do doente e higienizar as mãos (categoria IB/IC); - A rotina de vestir a bata à entrada numa unidade de alto risco não é indicada (categoria IB); - O uso de máscara, proteção ocular e proteção da face deve ser utilizado de acordo com o procedimento a efetuar de forma a proteger os olhos, nariz e boca (categoria IB); 	<p>- Quando é necessário a utilização de um respirador de partículas deve-se seguir as normas de colocação indicadas pelo fornecedor e após colocação deve-se testar o ajuste facial. O teste do ajuste facial é realizado com uma expiração profunda, sentindo-se pressão positiva dentro da máscara, e com uma inspiração profunda, o respirador deve colapsar sobre a face.</p> <p>- deve ser seguida e sequência correta para colocar e remover EPI (Anexo VI)</p>

Os recursos materiais disponibilizados para a assistência e os recursos humanos estão assegurados, quanto à filosofia organizacional esta encontra-se em mudança devido à integração recente do serviço numa nova unidade de saúde. Os enfermeiros do serviço a auditar elaboram os seus registos em suporte de papel e não existe procedimento disponível no serviço relativo às precauções de isolamento. Donabedian (2003, p.46) refere que os indicadores de estrutura são *“...as condições sob as quais os cuidados de saúde são prestados”*. Segundo o mesmo autor os processos dizem respeito a todas as atividades que envolvem os cuidados de saúde. Os indicadores de processo incluem, entre outros, a adoção de boas práticas relativas às precauções de isolamento. Os resultados traduzem *“... as modificações (desejadas ou indesejadas) nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados de saúde”* (Donabedian, 2003, p. 46), que neste caso pretendem traduzir a diminuição das IACS.

A realização desta proposta e os momentos de reflexão proporcionados reforçou o alerta para aspetos importantes a ter em conta na prestação de cuidados e na forma como podemos contribuir para a redução da incidência e prevalência desta IACS, só assim se torna possível trilhar o caminho para a excelência dos cuidados prestados em enfermagem.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste relatório propôs-me dar visibilidade ao percurso efetuado ao longo do estágio profissional realizado na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano. Nesta fase final torna-se fundamental refletir sobre a sua elaboração, tecendo algumas considerações sobre as competências adquiridas através das atividades realizadas para a consecução dos objetivos propostos, principais aquisições e implicações futuras para o percurso profissional.

Este documento assenta na elaboração faseada do portefólio que me foi aconselhado construir ao longo do percurso do estágio e tentou dar relevância e visibilidade ao percurso formativo de aquisição, treino e desenvolvimento de competências no âmbito do MEMC durante o estágio. O desenvolvimento de capacidades criativas, reflexivas, críticas de acentuada componente interativa, foi instigado através da realização contínua e atualizada de um registo das experiências vividas mais marcantes, que determinou a aquisição e aperfeiçoamento de saberes, conhecimentos e competências que motivaram a prestação pessoal e profissional. O empenho individual, a orientação por parte do orientador, a transmissão de saberes promovida pelo estudante-supervisor-orientador, traduziram a escalada contínua e positiva do meu percurso ao longo do estágio. O enfermeiro supervisor de estágio e a equipa da CCI permitiram a integração no contexto clínico, a experiência demonstrada e a vontade em ensinar promoveram momentos de aprendizagem e aquisição de competências no controlo de infeção.

Adotei uma metodologia de trabalho baseada na observação participante, leitura de documentos, dossiers, pesquisa bibliográfica, discussão crítica adotando uma postura de responsabilidade, determinação, dedicação, inovação, priorização e estímulo pró-ativo com os elementos da equipa. Durante o estágio pude integrar um conjunto de conhecimentos e de evolução pessoal, próprios de um aspeto específico dos cuidados de enfermagem que me permitiram fazer apelo às minhas habilidades

cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio-afetivos adequados.

Durante a concretização do estágio surgiram algumas dificuldades nomeadamente no desconhecimento dos programas de vigilância epidemiológica que foram colmatadas com a pronta prestação dos enfermeiros da CCI através da explanação do seu funcionamento e de uma busca constante de conhecimento.

Este trabalho, resultante de uma pesquisa e análise reflexiva, permitiu o aperfeiçoamento de competências ao nível da investigação contribuindo para a produção de conhecimento científico útil e válido para a fundamentação da disciplina. Neste domínio foi-me importante perceber o valor da pesquisa baseada na evidência científica no sentido de procurar a melhor evidência que permita construir/orientar as melhoras práticas para o CI. A aprendizagem profissional numa perspetiva da formação contínua é um fator estratégico de mudança, concertando o desenvolvimento individual com o desenvolvimento da qualidade dos cuidados no contexto da prática clínica.

A aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais, na perspetiva do enfermeiro especialista em EMC, alicerçou-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades dos doentes/ família na área de prevenção e controlo de infeção. Após a realização deste estágio considero ter desenvolvido competências específicas do enfermeiro especialista em EMC de forma a maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil.

O enfermeiro especialista em EMC necessita de saber conceber autonomamente, mas numa perspetiva multidisciplinar planos de prevenção e controlo de infeção para dar resposta às necessidades de cuidados à pessoa em situação crítica e /ou falência multiorgânica e deve liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção e controlo de infeção. Uma assistência eficaz e estruturada só é possível com uma boa organização dos cuidados de enfermagem nos serviços e com uma boa articulação com a CCI, para que os enfermeiros exerçam um papel ativo nas equipas de saúde, desenvolvam o exercício da reflexão sobre as suas práticas profissionais e promovam a criação e a implementação de situações formativas.

Os ganhos obtidos pela concretização do estágio profissional repercutem-se ao nível da equipa multidisciplinar com a qual tive contato pela partilha e troca de experiências, saberes e aquisição de competências, objetivando a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no que concerne à prevenção e controlo de infeção, traduzindo-se em ganhos em saúde. Ao refletir sobre todo o processo efetuado concluo que o estágio foi fundamental na aquisição e aprofundamento de conhecimentos e na produção de competências na área de controlo de infeção, permitindo concluir que os objetivos foram atingidos.

A aquisição e aperfeiçoamento das competências adquiridas, refletidas com espírito crítico pessoal e em contexto de equipa, permitiram-me extrapolar para o meu contexto profissional saberes e conhecimentos específicos que se querem objetivados de mudança positiva na equipa multidisciplinar que integro. Assim, procedi à elaboração de uma proposta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados na área da prevenção e controlo de infeção que pretendo desenvolver no meu contexto profissional. Neste documento cinge-se higienização das mãos e uso adequado de EPI, estou certa que outros projetos surgirão.

A exigência de um percurso profissional organizado e com base científica que dignifique e explicita o verbo da profissão de Enfermagem exige a atualização e a conquista de novos desafios, devendo ser encarados como objeto de mudança positiva. Após esta etapa espero investir nesta área. Os meus clientes merecem-me todo o empenho e saber na construção de ambientes seguros e que permitam em simultâneo menor custo e maior qualidade/efetividade.

Pretendo dar o meu melhor contributo para a construção de dinâmicas que favoreçam o bem-estar e segurança dos clientes portadores ou não de HIV/Sida na minha instituição.

Por fim realço o interesse deste estágio onde me foi permitido aprender em contato com a experiência com uma excelente instituição e Comissão de Controlo de Infeção, o que posso e devo fazer para melhor ajudar a gerir as infeções associadas aos cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

BENNER, P. - De Iniciado a Perito. Editora Quarteto. Coimbra, 2001.

CARVALHO, A. - *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de Formação, um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Lusociência: Edições técnicas e científicas, Lda., 2006.

CENTER FOR DISEASES CONTROL - *Guideline for hand hygiene in health care settings. recommendations for the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*. 2002- [Consult. Mar. 2012]. Disponível em <http://www.cdc.gov>

CENTER FOR DISEASES CONTROL - *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. 2007 - [Consult. Mar. 2012]. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007isolationprecautions.html>

CHEN, Y.Y.; CHOU, Y.C.; CHOU, P. - Impact of Nosocomial Infection on Cost of Illness and Length of Stay in Intensive Care Units. *Infection Control and Hospital Epidemiology* .Vol. 26, nº 3 (2005), p. 281-287.

COIA, J.E. et al. Guidelines for the control and prevention of meticilin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. *Journal of Hospital Infection* 63S, 51-544. <http://www.sciencedirect.com>

COSTA, C. *Higiene das Mãos uma Responsabilidade Partilhada*. Lisboa. DGS (2008). [Consult. Mar. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt>

DECRETO-LEI n.º 239/1997. «D.R. I Série - A». 133 (1997-09-09).

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Manual de operacionalização*. Dezembro, 2008.

DONABEDIAN, A. - The evaluation of medical care programs. *Bull N. Y. Acad. Med.*[Em linha]. Vol. 44, n. ° 2 (1968), p. 117-124. [Consult. Jan. 2012]. Disponível em
WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1750027/pdf/bullnyacadmed00239-0049.pdf>>.

FERNANDES, Tadeu - *Infecção Hospitalar e suas interfaces na Área de Saúde*. São Paulo: Atheneu, vol. 1, 2000.

FERNANDES, Tadeu - *Infecção Hospitalar e suas interfaces na Área de Saúde*. São Paulo: Atheneu, vol. 2, 2000.

FLAREY, Dominick L.; BLANCETT, Susane Smith - *Handbook of Nursing Case Management : health care delivery in a world of managed care*. Maryland : Aspen Publishers, 1996

HIV/AIDS: A Randomized Clinical Trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol.29, n.º 1 (2003), p.133-150.

HORAN, T. C.; GAYNES, R. P. - *Hospital Epidemiology and Infection Control*. 3ªed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) - *Draft international standard ISO/DIS 19011: guidelines for auditing management systems* [Em linha]. Geneva: ISO copyright office, 2010. [Consult. Mar. 2012]. Disponível em
WWW:[URL:http://www.simplessolucoes.com.br/blog/wp-content/uploads/2011/10/DRAFT-ISO-19011-20111.pdf](http://www.simplessolucoes.com.br/blog/wp-content/uploads/2011/10/DRAFT-ISO-19011-20111.pdf)

LAGE, M. - Segurança do doente- da teoria à prática clínica. *Rev Port Saúde Pública*, 2010.

LECOUR H. - História de uma epidemia. Infecção VIH/SIDA-2.º Curso de Pós graduação colectânea de textos. 2004.

MAYON-WHITE et al - An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. J Hosp Infect 1988, 11 (Supplement A): 43-8.

MELEIS, A. - *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª ed., Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2007.

MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. Vol. 23, n.º 1 (2000), p. 12-18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde - *Higienização do ambiente nas Unidades de Saúde: recomendações de boa prática*. Lisboa: DGS, 2007.

- *Recomendações para as precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão*. Lisboa: DGS, 2007.

- *Recomendações para controlo do ambiente: princípios básicos*. Lisboa: DGS, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde. *Guia de Implementação: Campanha da Higienização das Mãos*. Lisboa: DGS, 2008. [Consult. Fev. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde- *Inquérito de Prevalência Nacional de Prevalência de Infeção- Relatório*. Lisboa. DGS, 2009 [Consult. Mai. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde- *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. DGS, 2007 [Consult. Fev. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde- *Relatório do Inquérito de Prevalência Nacional*. Lisboa. DGS, 2003 [Consult. Abr. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde- *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2007. [Consult. Fev. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ORDEM DOS ENFERMEIROS- *Guia de Recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde-Indicadores e valores de referência*. Lisboa, 2011.

MURRAY, P.; ROSENTHAL, K.; PFALLER, M. - *Microbiologia médica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NABAIS, I et al - *Aconselhamento/Intervenção psicológica. Manual sobre Sida*.2008.

NHS Estates -*The NHS Healthcare Cleaning Manual*. Londres, 2004. DH.

NICHITA, L. Y. I. [et al.] - Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Em linha]. Vol. 38, nº1 (2004), p. 61-70. [Consult. Mar. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/08.pdf>>.

OLIVEIRA, M. J. N. - *Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde e importância do consumo de anti-microbianos em cuidados intensivos* [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina, 2009. [Consult. Mar. 2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1105/1/18097_ulsd_dep.17640re_T.Mestra do_Junho_2009_v.definitiva_Maria_Oliveira.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1105/1/18097_ulsd_dep.17640re_T.Mestra_do_Junho_2009_v.definitiva_Maria_Oliveira.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica*. Estrutura de idoneidades. Conceção, processo, etapas e funcionamento. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Surveillance standards for antimicrobial resistance*. Suíça: Organização Mundial de Saúde.2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *World Alliance for Patient Safety: Global Patient Safety Challenge 2005-2006* [Em linha]. Genève: World Health Organization, 2005. [Consult. Mar. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.who.int/patientsafety/en/>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions* [Em linha]. Genève: World Health Organization, 2010. [Consult. Mar. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.who.int/patientsafety/en/>>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS) - Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico* [Em linha]. Vol. 22, n. º4 (2001), p. 1-5. [Consult. Jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.paho.org/spanish/sha/EB_v22n4.pdf>.

PAIXÃO, MT. *Epidemiologia da infecção por VIH e da Sida - impacto mundial; Manual sobre SIDA*.2008;III Secção.1:79-82

PALOS, C. ; MATRIL, J.; PEDROSO, S. - *IACS: há que prevenir*. *Revista IESS* [Em linha]. Nº 6 (2011), p. 84-85. [Consult. Dez. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.clipovoa.pt/upload/5/fckeditor_files/file/IESS6/IESS_6_iacs_ha_que_prevenir.pdf>.

PEREIRA, Filipe - *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009.

PINA, Elaine ; *Ferreira, Etelvina; Marques, Alexandre; Matos Bruno.- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do doente.* Rev Port Saúde Pública, 2010.

PINA, Elaine; Silva, Maria; Silva, Eduardo;Uva, António. - Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infeções da corrente sanguínea (septicémia). Rev Port Saúde Pública, vol.28. 2010.

PITTET, D., Allegranzi, B., Sax, H., Pessoa Silva, C. L., Donaldson, L., & Boyce, J. M. Evidence-based model for hand transmission during patient care and role of improved practices. *The Lancet Infections Diseases* , 2006.

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO VIH/Sida 2007-2010. Um compromisso com o futuro. CNIVIH/Sida. Doc. Março 2007

REYNOLDS, N. - *Adherence to antiretroviral therapies: state of the science.* Curr HIV Res, 2004.

SAX, H., Allegranzi, B., Uçkai, I., Larson, E., Boyce, J., & Pittet, D. *My five moments for hand hygiene: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene.* *Journal of Hospital Infection* , 2007. 9-21.

SCHALL, V.; STRUCHIENER, M. - Educação em Saúde: Novas perspetivas. *Cad. Saúde Pública.* Vol. 15 (1999).

SIEGEL et al - *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.* 2007 - [Consult. Mar. 2012]. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007isolationprecautions.html>

SILVA, M. A. - Capacidade e disposição para o pensamento crítico em enfermagem: adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto, 2000.

SILVA, M. F. I. ; SANTOS, B. M. O. - Estudo histórico- organizacional da comissão de controle de infecção hospitalar de um hospital universitário. *Revista de Medicina* [Em linha]. Nº 34 (Abr. /Jun. 2001), p. 170-176. [Consult. Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:

http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/estudo_historico_organizacional.pdf
>.

RIBEIRO, P. - *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.

TAVARES, A P; Sarmiento, A; Vieira, F; Serrano, M; Alves, V; Freire da Silva, V - *Manual de Controlo de Infecção da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano*. Porto: Medisa Edições e Divulgações Científicas, 2003.

TEIXEIRA, Maria de Fátima - *O contributo da auditoria interna para uma gestão eficaz*. Coimbra: Universidade Aberta, 2006. Dissertação de mestrado em contabilidade e auditoria.

ANEXOS

ANEXO I

Horário realizado no estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

FOLHA DE PRESENÇA EM ESTÁGIO / ENSINO CLÍNICO

CURSO: Integrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ANO LECTIVO: 2011/2012

UNIDADE CURRICULAR: Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INSTITUIÇÃO: ULS-1 SERVIÇO: CCT MÊS: Janeiro

NOME: Rafaela Margarida Fereira Pinto N.º: 3857

Dia	Turno	Período	Duração	Assinatura	Observações
1		das às horas			
2		das às horas			
3		das às horas			
4		das às horas			
5		das às horas			
6		das às horas			
7		das às horas			
8		das às horas			
9		das às horas			
10	1	das 8 às 14 horas	6 ^h		
11		das às horas			
12		das às horas			
13		das às horas			
14		das às horas			
15		das às horas			
16	1	das 8 às 16 horas	8 ^h		
17	1	das 8 às 16 horas	8 ^h		
18	1	das 8 às 16 horas	8 ^h		
19		das às horas			
20		das às horas			
21		das às horas			
22		das às horas			
23	1	das 8 às 16 horas	8 ^h		
24	1	das 8 às 16 horas	8 ^h		
25	1	das 8 às 16 horas	8 ^h		
26	1	das 8 às 16 horas	8 ^h		
27		das às horas			
28		das às horas			
29		das às horas			
30	1	das 8 às 16 horas	8 ^h		
31		das às horas			

O/A Responsável do local de estágio

[Assinatura]

O/A Docente

[Assinatura]



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

FOLHA DE PRESENÇA EM ESTÁGIO / ENSINO CLÍNICO

CURSO: Residência em Enfermagem Médico-Cirúrgica ANO LECTIVO: 2011/2012

UNIDADE CURRICULAR: Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INSTITUIÇÃO: ULSRI SERVIÇO: C.C.T MÊS: Fevereiro

NOME: Patrícia Gonçalves da Faria Ribeiro N.º: 3857

Dia	Turno	Período	Duração	Assinatura	Observações
1	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
2		das às horas			
3	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
4		das às horas			
5		das às horas			
6		das às horas			
7	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
8	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
9		das às horas			
10		das às horas			
11		das às horas			
12		das às horas			
13	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
14	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
15	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
16		das às horas			
17	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
18		das às horas			
19		das às horas			
20	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
21	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
22		das às horas			
23	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
24		das às horas			
25		das às horas			
26		das às horas			
27	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
28		das às horas			
29	<input checked="" type="checkbox"/>	das 8 às 16 horas	8 ^h		
30		das às horas			
31		das às horas			

O/A Responsável do local de estágio

O/A Docente

[Assinatura]

[Assinatura]



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

FOLHA DE PRESENÇA EM ESTÁGIO / ENSINO CLÍNICO

CURSO: Introdução em Enfermagem Médico-Cirúrgica ANO LECTIVO: 2011/2012

UNIDADE CURRICULAR: Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INSTITUIÇÃO: USM SERVIÇO: CCI MÊS: Março

NOME: Patrícia Rosgada Fereira Pinto N.º: 3854

Dia	Turno	Período	Duração	Assinatura	Observações
1	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
2		das às horas			
3		das às horas			
4		das às horas			
5	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
6		das às horas			
7	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
8	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
9	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
10		das às horas			
11		das às horas			
12		das às horas			
13	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
14	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
15		das às horas			
16	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
17		das às horas			
18		das às horas			
19	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
20	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
21		das às horas			
22		das às horas			
23	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
24		das às horas			
25		das às horas			
26	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
27		das às horas			
28		das às horas			
29	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
30		das às horas			
31		das às horas			

O/A Responsável do local de estágio

O/A Docente

[Assinatura] *[Assinatura]*



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

FOLHA DE PRESENÇA EM ESTÁGIO / ENSINO CLÍNICO

CURSO: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ANO LECTIVO: 2011/2012
UNIDADE CURRICULAR: Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica
INSTITUIÇÃO: ULSH SERVIÇO: CCI MÊS: ABRIL
NOME: Patricia Fongozada Ferreira Pinto N.º: 3857

Dia	Turno	Período	Duração	Assinatura	Observações
1		das às horas			
2	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
3	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
4	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
5	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
6		das às horas			
7		das às horas			
8		das às horas			
9	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
10	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
11		das às horas			
12	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
13	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
14		das às horas			
15		das às horas			
16	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
17		das às horas			
18	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
19	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
20	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
21		das às horas			
22		das às horas			
23		das às horas			
24	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
25		das às horas			
26	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
27		das às horas			
28		das às horas			
29		das às horas			
30	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
31		das às horas			

O/A Responsável do local de estágio

reforcice

O/A Docente

[Assinatura]



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

FOLHA DE PRESENÇA EM ESTÁGIO / ENSINO CLÍNICO

CURSO: Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica ANO LECTIVO: 2011/2012
UNIDADE CURRICULAR: Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica
INSTITUIÇÃO: ULS1 SERVIÇO: CCI MÊS: Maio
NOME: Roberta Rogozda Ferreira Pinto N.º: 3857

Dia	Turno	Período	Duração	Assinatura	Observações
1		das às horas			
2	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
3	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
4	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
5		das às horas			
6		das às horas			
7	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
8	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
9	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
10		das às horas			
11	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
12		das às horas			
13		das às horas			
14		das às horas			
15	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
16		das às horas			
17	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
18	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
19		das às horas			
20		das às horas			
21	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
22		das às horas			
23	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
24		das às horas			
25		das às horas			
26		das às horas			
27		das às horas			
28	M	das 8 às 16 horas	8 ^h		
29		das às horas			
30		das às horas			
31		das às horas			

O/A Responsável do local de estágio

Roberta

O/A Docente

Alfama

ant

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica 2011/2012

Estágio de Natureza Profissional – Comissão de Controlo de Infecção da ULS Matosinhos, EPE

Nome do aluno: Patrícia Margarida Ferreira Pinto ep3857 **e-mail:** patricia_quinel@hotmail.com **contacto:** 966890371

Orientador: Professora Doutora Olga Fernandes

Horário do mês de Janeiro de 2012																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
									M						M	M	M					M	M	M						M	

Legenda

	Fim-de-semana
M	Turno da Manhã (8h-16h)
	Serviço de esterilização

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica 2011/2012

Estágio de Natureza Profissional – Comissão de Controlo de Infecção da ULS Matosinhos, EPE

Nome do aluno: Patrícia Margarida Ferreira Pinto ep3857 e-mail: patricia_quinel@hotmail.com contacto: 966890371

Orientador: Professora Doutora Olga Fernandes

Horário do mês de Fevereiro de 2012																												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
M		M				M	M					M	M	M		M			M	M						M		M

Legenda

	Fim-de-semana
M	Turno da Manhã
	Serviço de esterilização
	Visita às estruturas físicas e resíduos
	Observação circuito limpos/sujos
	Visita aos Isolamentos
	Centro de Saúde (agendar no mês de Março)

Handwritten signature

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica 2011/2012

Estágio de Natureza Profissional – Comissão de Controlo de Infecção da ULS Matosinhos, EPE

Nome do aluno: Patrícia Margarida Ferreira Pinto ep3857 **e-mail:** patricia_quinel@hotmail.com **contacto:** 966890371

Orientador: Professora Doutora Olga Fernandes

Horário do mês de Março de 2012																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
M				M		M	M	M				M	M		M			M	M			M		M						

Legenda

	Fim-de-semana
M	Turno da Manhã
	Centro de Saúde (a agendar)

2012

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica 2011/2012

Estágio de Natureza Profissional – Comissão de Controlo de Infecção da ULS Matosinhos, EPE

Nome do aluno: Patrícia Margarida Ferreira Pinto ep3857 **e-mail:** patricia_quinel@hotmail.com **contacto:** 966890371

Orientador: Professora Doutora Olga Fernandes

Horário do mês de Abril de 2012																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	M	M	M	M				M	M		M	M			M		M	M	M				M							N

Legenda

	Fim-de-semana
M	Turno da Manhã

OK

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica 2011/2012

Estágio de Natureza Profissional – Comissão de Controlo de Infecção da ULS Matosinhos, EPE

Nome do aluno: Patrícia Margarida Ferreira Pinto ep3857 **e-mail:** patricia_quinel@hotmail.com **contacto:** 966890371

Orientador: Professora Doutora Olga Fernandes

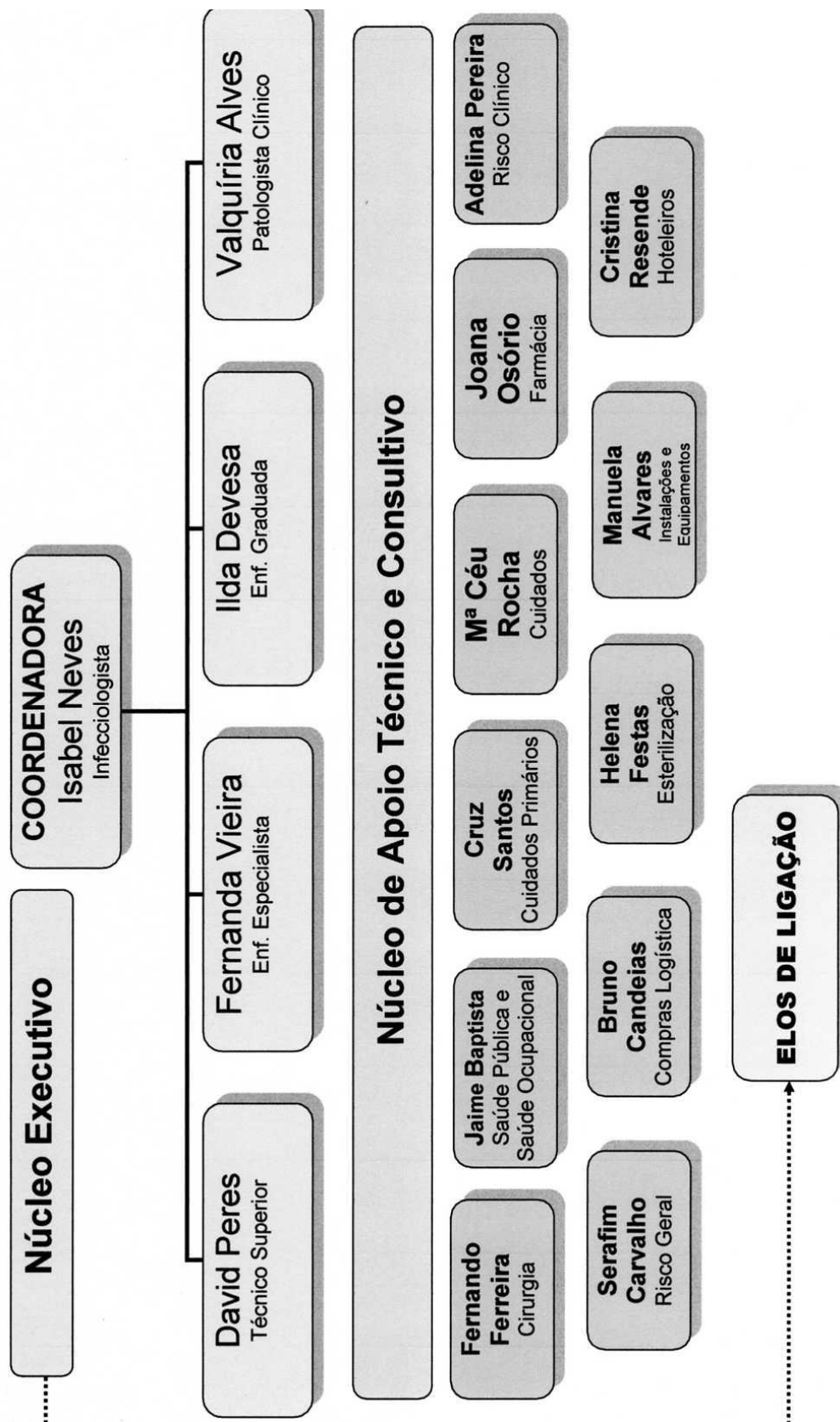
Horário do mês de Maio de 2012																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	M	M	M			M	M	M		M				M		M	M			M							M			

Legenda

	Fim-de-semana
M	Turno da Manhã
M	Curso de Controlo de Infecção

ANEXO II
Organigrama da CCI

ORGANIGRAMA DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO



ANEXO III

Formação frequentada



Escola Superior de Saúde Jean Piaget
Campus Académico de V. N. Gaia

VI Encontro de Enfermagem



Certifica-se que **Patrícia Margarida Ferreira Pinto** participou no **6.º Encontro de Enfermagem: Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Grandes Desafios do Século XXI**, que decorreu a 14 de Maio de 2012 na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de V. N. Gaia do Instituto Piaget.



A Direção da Escola Superior de Saúde Jean Piaget / V. N. Gaia

DECLARAÇÃO

PARA OS DEVIDOS EFEITOS DECLARA-SE QUE, DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO, A ALUNA **Patrícia Margarida Ferreira Pinto** ESTEVE PRESENTE NAS SEGUINTE AÇÕES DE FORMAÇÃO, REALIZADAS NA ULSM, E.P.E., NO ANO DE 2012.

TEMA DA AÇÃO	DATA	Nº HORAS
- APRESENTAÇÃO PROTOCOLO HELICS-CIRURGIA	13-04-2012	1 HORA
- REGISTOS INFORMÁTICOS PROTOCOLO HELICS	24-04-2012	1 HORA

A SUA PARTICIPAÇÃO TEVE A DURAÇÃO DE 02 HORAS.

MATOSINHOS, 16 DE JULHO DE 2012

O CENTRO DE FORMAÇÃO

MANUEL A. COSTA
Técnico Superior
dos Recursos Humanos
Centro de Formação



O Centro de Formação da ULSM,EPE promove em 2012 a realização de uma ação de formação subordinada ao tema :

CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Projecto n.º 078537/2012/36

(Qualificação para os Profissionais da Saúde)

Programa e Cronograma

DIA	HORA	TEMA
09-05-2012 (4ª feira)	8:30-10:30	Organização e Competências em Controlo de Infecção
		Estratégia Nacional para o Controlo das IACS
	11:00-12:00	Noções de Vigilância Epidemiológica e Controlo de Surtos
	12:00-13:30	Política de Controlo do MRSA
15-05-2012 (3ª feira)	8:30-10:00	Resistências aos Antimicrobianos
	10:30-11:30	Política de Antissépticos e Desinfectantes
	11:30-13:00	Utilização Racional dos Antimicrobianos
23-05-2012 (4ª feira)	8:30-10:30	Prevenção da infecção do Local Cirúrgico
	11:00-13:00	Precauções Básicas e de Isolamento
		Equipamento de Protecção Individual
28-05-2012 (2ª feira)	8:30-9:30	Prevenção da infecção Urinária em Doentes Algaliados no Hospital e no Domicílio
	10:00-11:00	Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares
	11:00-12:30	Prevenção da Infecção Respiratória



Centro de Formação
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, SPE - Hospital Pedro Hispano
Rua Dr. Eduardo Torres, Piso -1
4454-509 Matosinhos
Santarem de Ed. 1912
E-mail: formacao@ulsm.epe.pt



Anexo IV

Check- List “ Higienização das mãos”

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO ÂMBITO DA INFECÇÃO HOSPITALAR -
PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

Check – List “Higienização das mãos”

Enfermeiros do Serviço de Infeciologia/Pneumologia

Data: __/__/____

Cat. Profissional _____

OP.	Indicações	Acção
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado

2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

Cat. Profissional _____

OP.	Indicações	Acção
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado

2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

Cat. Profissional _____

OP.	Indicações	Acção
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado

2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não Realizado
---	---	---

Anexo V

Check- List “ Uso adequado de EPI”

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO ÂMBITO DA INFEÇÃO HOSPITALAR -
PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

Check - List “Uso adequado de EPI”	
Enfermeiros do Serviço de Infeciologia/Pneumologia	Data: __/__/____

Indicações		S	N	N/ A
	O EPI está disponível nos pontos adequados			
	O EPI é colocado de forma adequada			
	O EPI é removido de forma adequada			
	Existe a possibilidade de ter ocorrido a contaminação da roupa durante a utilização do EPI			
	O EPI é removido antes do afastamento do quarto ou da unidade do doente			
	Existe uso de luvas quando são previstos a possibilidade de contato com sangue ou outros fluídos orgânicos			
	O uso de luvas está adaptado à mão do profissional			
	As luvas são trocadas durante o atendimento de um doente do local do corpo contaminado para um local limpo			
	Existe uso de bata quando são previstos a possibilidade de contato com sangue ou outros fluídos orgânicos			
	É utilizada proteção ocular quando se prevê salpicos de sangue ou outros fluídos orgânicos			
	É realizado o teste de ajuste facial com a utilização do respirador de partículas			

Anexo VI

Sequência correta para colocar e remover EPI

Sequência correta para a colocar e remover o EPI	
Colocação de EPI	
1º	Bata - após a seleção do tipo e tamanho apropriado deve-se vestir a bata com a abertura para as costas, depois aperta-se no pescoço e na cinta
2º	Máscara./ respirador - Após a seleção do tipo adequado, deve-se colocar sobre o nariz, boca e queixo, de seguida ajusta-se a banda flexível no nariz, ajusta-se à face prendendo com os atilhos ou elásticos
3º	Óculos
4º	Luvras- após a seleção do tipo e tamanho apropriado, nos casos de isolamento deve sobrepor o punho
Remoção de EPI	
1º	Luvras - deve ser retirada no bordo junto ao punho, deve ser virada de dentro para fora formando uma bolsa com as duas luvas
2º	Óculos - devem ser retirados sem luvas
3º	Bata - devem ser desapertados os atilhos, a bata deve ser puxada pelos ombros, e deve ser virada do avesso
4º	Máscara/ Respirador- não deve ser tocada na parte da frente pois pode estar contaminada